

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

FACULDADE DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE

CASCAVEL – PARANÁ

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

MARIA JOSÉ SANTOS TESKE

**RISCOS OCUPACIONAIS QUE INFLUENCIAM NO DESMAME PRECOCE DE FILHOS
DE TRABALHADORAS QUE RETORNAM AO TRABALHO APÓS LICENÇA
MATERNIDADE**

Florianópolis

2003

MARIA JOSÉ SANTOS TESKE

**RISCOS OCUPACIONAIS QUE INFLUENCIAM NO DESMAME PRECOCE DE FILHOS
DE TRABALHADORAS QUE RETORNAM AO TRABALHO APÓS LICENÇA
MATERNIDADE**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção do departamento de Engenharia de Produção e Sistemas da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do Título de Mestre.
Orientador: Roberto M. Cruz, Dr.

Florianópolis
2002

Elaborada na Biblioteca Central da UNIOESTE – Campus de Cascavel

T321R TESKE, MARIA JOSÉ SANTOS

Riscos ocupacionais que influenciam no desmame precoce de filhos de trabalhadoras que retornam ao trabalho após licença maternidade / Maria José Santos Teske. - Florianópolis, SC : UFSC, 2003.

73 f. : foto. ; graf. ; 30 cm

Orientador: Prof. Dr. Roberto M. Cruz
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina.

Bibliografia.

1. Desmame precoce 2. Amamentação – Riscos ocupacionais. 3. Puerpério. I. Título.

CDD 649.33

MARIA JOSÉ SANTOS TESKE

**RISCOS OCUPACIONAIS QUE INFLUENCIAM NO DESMAME PRECOCE DE FILHOS
DE TRABALHADORAS QUE RETORNAM AO TRABALHO APÓS LICENÇA
MATERNIDADE**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para a
obtenção do grau de **Mestre em Engenharia de Produção**
no **Programa de Pós-Graduação em**
Engenharia de Produção da
Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis, 28 de outubro de 2003.

Prof. Edson Pacheco
Paladini, Dr.
Coordenador do Programa

BANCA EXAMINADORA

Prof. Glaycon Michels, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Roberto M. Cruz, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina
Orientador

Prof. Telma Elisa Carraro Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Ana Maria Faraco de Oliveira, Dra
Universidade Federal de Santa Catarina

DEDICATÓRIA

A Deus,

pois acredito que ele tenha uma
participação importante.

À minha família,

principalmente a meus filhos
Heleno Fabiani e Jéssica, que
tiveram paciência e compreensão
durante esta caminhada,
pois contribuíram para a realização
deste trabalho.

Aos meus amigos,

poucos em números, mas
incomensuráveis na qualidade.

Ao orientador,

pela sabedoria na orientação
e por sua amizade dispensada.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus pela luz que me guiou neste caminho.

Agradeço ao meu marido João Vilson, que teve paciência e entendeu a minha ausência e durante esse período de estudo. Aos professores do Curso de Engenharia de produção da UFSC que prontamente se mostraram ávidos em ajudar com seus conhecimentos científicos.

Aos meus filhos queridos Heleno, Fabiane e Caroline que em todos os momentos estiveram presentes, auxiliando diante das dificuldades. Agradeço ao meu pai que entendeu a minha ausência, mas seus carinhos foram constantes.

Agradeço aos amigos Marlei, Jaquiline, Carlos, Neuza Moretti a Neuza Godin, Mariza Tomazoni, Maribel, Cleuza, André, Francis, Daniele, Izabel e Cristiane que compartilharam perante esta minha caminhada colaborando, para o alcance dos meus objetivos.

Meus sinceros agradecimentos a todos os companheiros que aqui não foram mencionados mas, com certeza, tiveram sua contribuição para a execução deste trabalho.

Pelas mulheres que colaboraram com suas respostas, contribuindo para que eu pudesse atingir meu objetivo.

“A Mulher, definitivamente, deixou de ser a “rainha do lar”. Isto é, deixou de ser apenas essa rainha. Porque o lar ainda não a liberou: da casa, da comida, do cuidado com os filhos. Toda mulher que trabalha fora que tem que enfrentar a chamada “dupla jornada”, quer dizer, os afazeres caseiros e o trabalho externo.

Afinal, dar filhos ao mundo, produzir cidadãos é uma função social importantíssima. Numa sociedade bem organizada, a tarefa doméstica de mulher, indo do nascimento do filho até o período escolar dele, é uma função de caráter social! Mas creio que os códigos e regulamentos de trabalho só prevêm para as mulheres, sejam funcionárias do governo, ou de empresas particulares, uma licença remunerada para os períodos de gravidez e parto. Com o bebê ainda mamando, ela tem que regressar ao ofício.”

RESUMO

TESKE, MARIA JOSÉ S. **Riscos ocupacionais que influenciam no desmame precoce de filhos de trabalhadoras que retornam ao trabalho após a licença maternidade.** 2003. 77f. Florianópolis. Dissertação (mestrado em Engenharia de Produção) Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção, UFSC.

O objetivo deste estudo é avaliar os fatores de riscos ocupacionais que influenciam no desmame precoce de crianças em faixa etária de zero a dois anos de idade, filhos de trabalhadoras que retornam as suas atividades pós-licença maternidade. Para que este objetivo fosse alcançado considerou-se aspectos relevantes que circunda a vida pessoal da mulher e dados ocupacionais do grupo entrevistado. Esta pesquisa foi efetivada com um grupo de 10 mulheres que trabalham em setores diferentes. Os dados foram coletados através de um questionário que foi elaborado através de observação do desenvolvimento das atividades em seus postos de trabalho em período puerpério. As entrevistas para avaliação do instrumento de coleta de dados, deram-se em uma indústria, onde as atividades são totalmente diferentes, mas as situações das mulheres em período puerperal e o trabalho realizado, é igual para todas. Esta pesquisa trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa em análise transversal e a escolha da população pesquisada é intencional. Os índices dos desmames que foram levados em consideração são referentes as crianças de zero a dois anos de idade. A faixa etária está relacionada com a investigação dos fatores que colaboram com o desmame precoce desta população. Os fatores de riscos identificados junto ao estudo ergonômico foram: a postura em pé ou sentada que contribuiu para o desconforto quando referiam-se ao ingurgitamento mamário ou as mamas túrgidas, devido o longo período que as crianças ficavam sem sugar; o fato de não possuir adaptação, que permitisse as mulheres esvaziarem as mamas quando necessário; e a distância da casa ao local de trabalho. Neste sentido constatou-se a necessidade de sugerir implantação de postos de coleta de leite humano nos locais de trabalho para minimizar o desconforto destas mulheres, quando reiniciam suas atividades ao retornarem ao trabalho. Com estas possibilidades pode-se estar incentivando e melhorando a assistência da mulher em período puerperal com medidas educaticas e preventivas.

Palavras chaves: puerperas, desmame precoce, riscos ocupacionais.

ABSTRACT

TESKE, MARIA JOSÉ S. **Occupational risks that influence the precautions ab lactation of the children of workers who return to work after a maternity leave.** 2003. 77f. Florianópolis. Dissertation (master's degree in Production Engineering) Post-Graduation Program in Production Engineering, UFSC.

The objective of this study is to evaluate the occupational risk factors that influence the precautions ab lactation of children from zero to two years of age, children of workers who return to their activities after their maternity leave. In order for this objective to be reached, we considered the relevant factors that surround the personal life of the woman and occupational data of the groups interviewed. This research was done with a group of 10 women who worked in different sectors. The data were collected through a questionnaire that was elaborated via the observation of the activities development at their workstations during a post-partum period. The interviews for the evaluation of the data collection instrument were done in an industry, where the activities are totally different, but the situation of the women in post-partum period, as well as the work done was the same for all. This research is about an exploratory and descriptive study, with a qualitative approach in a transversal analysis, and the choice of the interviewed population is intentional. The ab lactation indexes that were taken into consideration are related to children from zero to two years of age. The age group is related to the investigation of the factors that helped with the precautions ab lactation of this population. The identified risk factors in this ergonomic study were as follows: the standing and sitting posture that contributed for the discomfort when related to the mammal engorging or of the swollen breasts, due to the long period in which the children had to suckle; the fact that they did not possess an adaptation that allowed the women to empty their breasts when necessary: and the distance from home to the workplace. In this sense, , the necessity to suggest an implantation of human milk collection stations at the workplace was found in order to minimize the discomfort of these women when they resume their work activities. With these possibilities, by using educational and preventive measures we can encourage and improve women's assistance during the post-partum period.

Key words: post-partum, precautions ab lactation, occupational risks.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1.1 Contexto da Pesquisa.....	13
1.2 Justificativa e Relevância do Estudo.....	14
1.3 Objetivos.....	16
1.4 Limitação do estudo.....	16
1.5 Estrutura do Trabalho.....	16
2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....	18
2.1 Sistema Produtivo e Trabalho Feminino.....	18
2.2 Trabalho feminino, gestação e amamentação.....	21
2.3 Aleitamento Materno e Sociedade	25
2.4 O Surgimento dos Bancos de leite Humano.....	28
2.5 Composição do leite humano.....	32
2.6 Glândula Mamária.....	39
2.7 Ergonomia, fatores de risco no trabalho e desmame precoce	43
2.8 Pesquisa de aleitamento materno – trabalho feminino.....	46
3 MÉTODO.....	51
3.1 Desenho do estudo	51
3.2. Etapas da pesquisa de campo	52
3.3 População alvo	54
3.4 Instrumento de coleta de dados.....	54
3.5 Instrumento de consentimento livre esclarecido	54

4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	56
4.1 Dados sócio-econômico-demográficos.....	56
6 CONCLUSÃO	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
APÊNDICE - QUESTIONÁRIO	78

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Anatomia da mama	39
Figura 02: Papila e aréola	40
Figura 03: Glândula mamária interna	41
Figura 04: Estrutura interna, seios lactíferos e galactófaros.....	42
Figura 05: Assimetria das mamas	42
Figura 06: Estado civil das voluntárias.....	57
Figura 07: Faixa etária das voluntárias.....	58
Figura 08: Escolaridade das voluntárias	59
Figura 09: Dados ocupacionais, tempo de trabalho	60
Figura 10: Dados ocupacionais, ocupação profissional	60
Figura 11: Tempo de afastamento	61
Figura 12: Dados obstétricos – tipo de parto	62
Figura 13: Dados obstétricos – período gestacional.....	63
Figura 14: Idade dos filhos das voluntárias	63
Figura 15: Tempo de amamentação anterior.....	64
Figura 16: Número de consultas no pré-natal.....	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Síntese dos artigos indexados, sobre amamentação e trabalho, no período de 1992 a 2003.....	46
Quadro 02: Síntese dos estudos indexados no período de 2000 a 2003	47
Quadro 03: Síntese dos estudos indexados no período 1997 a 2003.....	48

INTRODUÇÃO

1.1 Contexto da Pesquisa

Este trabalho busca compreender as interferências do desmame precoce no retorno das mulheres ao trabalho, no período puerperal, especialmente considerando os fatores de risco ocupacionais. Nesta fase, as mulheres estarão em ativo processo de amamentação, mas podem cumprir suas tarefas sem prejudicar o aleitamento, caso este processo natural e fisiológico seja perfeitamente compreendido por ela e por seu empregador.

Durante milênios a amamentação revelou os diferentes significados que circundavam a natureza humana mamífera. Em torno do aleitamento materno existe uma inter-relação com o desenvolvimento humano, onde alguns tipos de desconfortos sociais acabam por prejudicar o ser humano, em vários aspectos, principalmente os relacionados a sobrevivência pelo trabalho.

Nas últimas décadas, muitas informações científicas foram produzidas a respeito dos benefícios do aleitamento materno e da superioridade do leite humano, sobretudo no que se refere às suas propriedades bioquímicas e anti-infecciosas. A superioridade do leite materno como alimento nos seis primeiros meses de vida não constitui nenhuma controvérsia (ALMEIDA, 1999).

Essa prática é cada vez mais recomendada tanto pelos benefícios como pelas necessidades de suprimento metabólicos e nutricionais do lactente. Além do valor nutritivo do leite materno, o aleitamento materno pode ser destacado como importante elo afetivo entre mãe e filho, capaz de influenciar no equilíbrio psíquico e emocional da criança (ALMEIDA, 1999).

A despeito de todas essas vantagens, observam-se flutuações na prática da amamentação conforme já identificado no decorrer da história da humanidade. Para Galbach (1990); Jelliffe (1998); Pernetta (1998), o aleitamento é um fenômeno biológico conduzido instintivamente e regulado por fatores humorais, o que vem conflitando com as flutuações observadas no decorrer dos séculos através de ações históricas em diferentes seguimentos sociais.

A literatura é vasta sobre as questões da amamentação. Duckett et al. (1993), em seu estudo, relatam que algumas variáveis da experiência de amamentar como, orientação no serviço de saúde, apoio familiar, tempo de duração da amamentação e escolaridade, podem influenciar na sua duração. Silva (1997), encara as reflexões acerca da amamentação com mais profundidade e complexidade, questionando as reais razões da amamentação para cada mulher e a interpretação que cada uma atribui ao ato de amamentar, respeitando a sua vontade e receios como fatores determinantes para o êxito na amamentação.

1.2 Justificativa e Relevância do Estudo

O interesse por essa temática surgiu durante o curso de enfermagem obstetrícia, onde é dada ênfase à saúde da mulher e da criança, principalmente no que diz respeito à assistência no ciclo gravídico puerperal. Posteriormente, trabalhando como Coordenadora do Banco de Leite Humano (BLH) do Hospital Universitário de Cascavel, no Oeste do Paraná, essa curiosidade científica foi sendo ampliada.

Durante o atendimento as mulheres que procuravam o BLH (banco de Leite Humano), no primeiro semestre de 2002, para a assistência nas intercorrências das mamas e para tirarem dúvidas sobre como proceder durante a jornada de trabalho, seja para saber como amamentar corretamente ou para retirar o seu leite no local de

trabalho sem comprometer sua atividade profissional, o aleitamento materno ou seu próprio leite. Surgiu a clara necessidade de aprofundamento em meus conhecimentos visando responder a essas questões.

Encontrei nos estudos em Ergonomia algumas reflexões, mas apenas com o ingresso no Mestrado em Engenharia de Produção que considerei consolidado um elo de pesquisa entre o trabalho e a amamentação.

No desenvolvimento das disciplinas passei a compreender como a qualidade de vida no trabalho afetava a qualidade de vida das mulheres, principalmente considerando aqueles fatores que contribuíam para que houvesse o desmame precoce em crianças com menos de cinco meses de vida.

A falta de orientação e conhecimento sobre o próprio corpo, ou melhor, sobre a fisiologia da lactação é um fator determinante neste processo. Porém, a maior justificativa para o desmame tem sido o retorno ao trabalho após a licença maternidade. A ansiedade afeta a produção láctea como consequência a criança perde peso, a mãe fica apreensiva e introduz o leite artificial ou outro alimento. Quando isso não ocorre, o trabalho muitas vezes compromete o aleitamento, pois os desconfortos causados pelas mamas túrgidas ou ingurgitadas, limitam os movimentos abaixando a produtividade no trabalho.

A mulher não abandona o trabalho, pois ela necessita do mesmo para sobrevivência. Assim fará a opção pelo desmame. Diante disto, eu senti a necessidade de aprofundar meus estudos nos fatores determinantes que interferem no desmame precoce. A busca de estudos especializados que ajudassem a aprofundar o desenvolvimento deste tema de pesquisa nos fez perceber a escassez de trabalhos científicos disponíveis.

1.3 Objetivos

Geral

Caracterizar os principais fatores de riscos ocupacionais que influenciam no desmame precoce de filhos de trabalhadoras que retornam ao trabalho, após licença maternidade.

Específicos

- ❖ Verificar incidência de desmame precoce, em crianças de zero a seis meses de idade, em mulheres trabalhadoras;
- ❖ Avaliar os riscos ocupacionais que interferem no aleitamento materno;
- ❖ Verificar os desconfortos físicos ocasionados no retorno ao trabalho pelas alterações mamárias.

1.4 Limitação do estudo

A falta de referências bibliográficas no que se refere à mulher e retorno ao trabalho pós-licença maternidade foi uma das maiores limitações deste estudo. As pesquisas utilizadas no presente estudo versavam sobre aleitamento, trabalho feminino e desmame precoce de maneira isolada.

A população estudada constitui-se de mulheres trabalhadoras com profissões diversificadas.

O tempo deste estudo só nos permitiu elaborar um instrumento para ser aplicado em postos de trabalho diferente.

1.5 Estrutura do Trabalho

A busca da verdade demonstrada com critérios científicos requer trabalhos

árduos, permanentes e habituais, com práticas e conhecimentos relativos aos fatos estudados. O ato ou fato da pesquisa com vista a demonstrar a verdade passa por estabelecimento e aceitação de símbolos, fórmulas e demais recursos de evidências, usados para a expressão de seus fenômenos, métodos e processos.

No primeiro capítulo apresenta-se a introdução, as considerações iniciais, a justificativa, o objetivo geral, os objetivos específicos e as limitações do estudo.

No segundo capítulo apresenta-se a sistematização do conhecimento para o desenvolvimento do estudo, dividido-o em partes, recapitulando a história da mulher e suas conquistas no mercado de trabalho, sua inserção junto ao desenvolvimento social e político, na construção de sua evolução no mercado de trabalho, enfatizando a importância da ergonomia como uma ciência para melhorar a condição de trabalho das mulheres em período de lactação, no retorno ao trabalho pós-licença maternidade.

No terceiro capítulo apresentam-se a metodologia para a obtenção dos dados, a análise e avaliação do diagnóstico.

No quarto capítulo apresentam-se os resultados e a análise da investigação.

No quinto capítulo apresenta-se a conclusão correspondente aos objetivos e sugestões para implantação de postos de coleta nas instituições pesquisadas.

2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.1 Sistema Produtivo e Trabalho Feminino

Desde os tempos dos grandes filósofos como Platão e Sócrates se discute a utilização e concepção do conhecimento. Após tanta evolução baseada no poder das máquinas, estudos mostram a necessidade de melhor aproveitar os recursos intelectuais. Com o progresso em função desta evolução, a figura da mulher se faz ressaltar, através do reconhecimento do seu trabalho, sua versatilidade e a beleza da figura feminina.

Os registros histórico-filosóficos relatam que o trabalho feminino sempre esteve voltado para dentro do lar, mesmo depois de tantas conquistas na era atual. A mulher sempre foi considerada como aquela figura incapaz de produzir. Na história da mulher ocorreram muitas objeções baseadas na suposta incapacidade criadora deste gênero.

Segundo registros histórico-filosóficos, a mulher sempre foi considerada como aquela figura incapaz de produzir. Na história da mulher ocorreram muitas objeções baseadas na suposta incapacidade criadora deste gênero. Para Carraro (1999), no início da civilização, a mulher era colocada como complemento do homem, destinada a servi-lo, cuidá-lo, satisfazê-lo sexualmente, gerar e cuidar de seus descendentes; manter sua moradia em ordem, não sendo reconhecida como existentes os seus direitos e vontades.

Porém, os fatos ocorridos na história feminina mostram que na Inglaterra e Irlanda as mulheres viviam isoladas em suas casas e eram versados em teologia e direito canônicos, a exemplo da escritora Santa Gertrudes. (EVTOKIMOV,1986 p.

208). Os fatos relatados permitem refletir diante da história: sobre as relações de trabalho de forma diferente e como se representa o trabalho para as pessoas hoje, ao início do século XXI, junto a figura feminina com seus dotes naturais e sua história perante a humanidade.

No início da civilização, a mulher era colocada como complemento do homem, destinada a servi-lo, cuidá-lo, satisfazê-lo sexualmente, gerar e cuidar de seus descendentes; manter sua moradia em ordem, não sendo reconhecido como existentes os seus direitos e vontades. (CARRARO, 1999, p 21).

A mulher era muito desvalorizada, em todos os aspectos, tanto do ponto de vista econômico, social e político. Não se pode negar que a mulher, com suas conquistas atuais no espaço social e político, demonstra a sua capacidade em amplas linhas graduadas, provocando mudanças que fazem a diferença na escala social. Como exemplo, a inserção da mulher no atual mercado de trabalho.

A presença das mulheres, com poder de sensibilizar e clareza para demonstrar a igualdade e as diferenças entre homens e mulheres, ou seja, entre o masculino e feminino, pode apontar novos conceitos, modificar as relações de trabalho, sem perder de vista a essência da natureza humana.

Na independência do Brasil, cuja lei foi promulgada em 1824, falava-se em igualdade entre homens e mulheres, perante a lei, contudo, cidadão só era o homem. A mulher não podia votar, nem ser eleita, podia trabalhar em empresas privadas, mas, não podia ser servidora pública. A constituição de 1891, a primeira constituição republicana, continuou sem considerar a mulher como cidadã. A única inovação, relacionado à mulher e a família, foi o casamento civil (SARASATE, 1968).

No ano de 1934 foi consagrada pela primeira vez, a igualdade entre os sexos, estabelecendo a proibição de diferenças de salário para uma mesma função, a proibição do trabalho das mulheres em indústrias insalubres, a garantia da assistência médica e sanitária à gestante, o descanso remunerado antes e depois do parto pela previdência social. Estas conquistas são mantidas até hoje

(HERKENFF, 1934).

Com a emancipação da mulher, o trabalho feminino fora do lar teve um aumento. Mas, na prática, ele supria a necessidade de mão-de-obra, principalmente na indústria, durante a revolução industrial, era a substituição da mão de obra masculina, porém, com a ressalva de que era mais barata, pois acreditava-se que a mulher não tinha capacidade para o trabalho qualificado. Para aquela época este era o modelo e conceitos formados sobre as mulheres.

O trabalho feminino fora do lar, com salários, foi uma conquista mundial, tanto que a Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1972, proclamou que 1975 seria o Ano Internacional da Mulher (CARNEIRO, 1985; VALÉRY, 1996 apud CARRARO, 1999).

Na Conferência Internacional da Mulher, que ocorreu na cidade do México, em 1975, foi aprovado o primeiro Plano de Ação, cujas recomendações eram dirigidas aos governos dos países integrantes da ONU e também para as organizações internacionais destes países.

Os movimentos das mulheres com seus valores alicerçados no conhecimento da realidade vivida foram sendo solidificados com as necessidades e com as reivindicações, para melhorar as condições de vida e do trabalho, principalmente, para o crescimento das participações no processo político-educativo.

A trajetória histórica da mulher mostra avanços gradativos ao longo de sua jornada. Algumas empresas de grande e médio porte preocupam-se com as questões trabalhistas e sociais. Atualmente, as mulheres são em média 40,4% da população assalariada e sua participação no total de postos de trabalho tem-se mantido crescente nas últimas três décadas. O que não mudou foi o desequilíbrio salarial na

folha de pagamento.

Segundo Carraro (1999, p 21.) “além dos salários inferiores: a gravidez ou a possibilidade de engravidar faz parte do rol de discriminações, que dificultam o acesso das mulheres ao mercado de trabalho”. A mulher moderna é filha do sistema econômico, do capitalismo, Nasceu com os ruídos das máquinas e das sirenes das fábricas. Segundo Kolontai (2000, p. 15) “a divisão do trabalho fora da família transformou a relação doméstica”.

2.2 Trabalho Feminino, Gestação e Amamentação

Para (FAVERGE E OMBREDAME, 1955, apud DUTRA, 2000, p. 4),

“todo trabalho é comportamento adquirido por aprendizagem. ...o trabalho é uma atividade essencialmente humana.” É um agente de transformação da realidade, onde há superação em todos os aspectos, neste sentido, aquele que trabalha, busca inserção no espaço social, afirmando-se como indivíduo.

No cotidiano, o trabalho está basicamente atrelado ao lucro, que é a visão do capitalismo. O trabalhador é apenas mais um na engrenagem do trabalho. Se não há produtividade, eficiência, ou caso haja falha troca-se por outro trabalhador. Na construção da história do trabalho feminino há muitos relatos de trabalho escravo da mulher e da criança. Neste contexto entre os gêneros masculino e feminino a mulher trabalhadora, está exposta a maiores riscos comprometendo sua saúde, os quais nem sempre são percebidos por sinais visíveis, porém, pode haver um adoecimento que ocorre nas relações de trabalho e saúde, que, segundo Guerem et al (2000) é preciso saber distinguir.

A qualidade de vida do ser humano afeta diretamente o seu desempenho no local de trabalho. Quanto melhor estiverem suas funções orgânicas, melhor será a sua

resistência e menor será a fadiga e o estresse.

Assim, se o indivíduo estiver debilitado organicamente, ele estará com maior propensão a cometer erros. Quando falamos de trabalho feminino, é necessário lembrar que são muitas as perguntas referentes à jornada de trabalho, à carga horária de trabalho, além do duplo emprego ou mesmo da sobrecarga da tarefa domiciliar.

Registros mostram que o trabalho da mulher nas indústrias francesas, segundo (DICKENS, apud BARSA, 2000), trabalhavam em péssimas condições. O tratamento era abusivo quanto à atividade de trabalho e a carga horária. Surge assim a Organização Internacional de Trabalho (OIT).

Os países mais avançados elaboraram normas específicas para a atividade de proteção à mulher, tais como regulamentação da jornada de trabalho, carga horária menor, entre outros benefícios.

No Brasil, no período colonial e do império, a mão-de-obra feminina foi utilizada para o trabalho da economia essencialmente agrícola. Após esta fase, veio o ingresso da mulher na indústria e com as exigências que ocorrem no sistema.

Para Dejours (1980),

ocorre punição sistemática à mulher, principalmente, pela exclusão social no processo de seleção de pessoal; um bom exemplo deste fato é a contratação de mulheres grávidas ou no período do puerpério, onde o aleitamento materno é uma prioridade para o sexo feminino, o que deixa o empregador em dúvida, mesmo se a profissional se enquadrar perfeitamente nos critérios de seleção.

Muitas vezes este processo é desencadeado pelo desconhecimento da fisiologia feminina durante os processos de gestação ou lactação, esquecendo-se que ambos são passageiros. Porém, quando a mulher passa a compreender o funcionamento de seu corpo, ela se cuida, previne o adoecimento, contribuindo para

que o processo produtivo não seja interrompido. Assim, quem ganha não é só a mulher, mas, principalmente, a sociedade.

Vivemos em um mundo em que os valores da tão mencionada frase “qualidade de vida”, não são levados em consideração no conjunto do sistema de organização do trabalho, mas, sim, de acordo com os interesses individuais e sem avançar no desenvolvimento cultural, social, político e econômico da nação.

Os constrangimentos ainda vinculados ao trabalho estão aos poucos desaparecendo da história feminina, passando por uma fase de transformação, onde em breve será possível, escrever uma história de homens e mulheres construtores de uma nova realidade para a humanidade.

Atualmente, o crescimento da população trabalhadora feminina é superior ao crescimento da população masculina, segundo Kolantai (2000, p.10).

As mulheres compõem cada vez mais a força de trabalho e muitas gestantes continuam trabalhando grande parte da gravidez, seja para alcançar satisfação pessoal ou por necessidade financeira.

Para o empresário, a gestação de uma trabalhadora, o parto, a amamentação e a educação da prole, são socialmente dispensáveis e de difícil entendimento. Mas esta mesma prole será, possivelmente, a fonte de novos trabalhadores.

Compreendendo a importância das mulheres trabalhadoras na sociedade, é importante ressaltar que o cuidado no pré-natal se faz necessário para que elas tenham uma gestação saudável sem complicações, conseqüentemente, sem afastamento do trabalho, para que as mesmas possam ter seus filhos e possam também amamentar sem que este processo interfira na qualidade de vida e trabalho, uma vez que a mulher moderna não precisa deixar de trabalhar para ser mãe ou vice-

versa.

No ano de 1934, o governo de Getúlio Vargas começou a se preocupar com a legislação do trabalho. A classe trabalhadora brasileira teve uma legislação prevencionista que ficou mais completa somente a partir de 1944, quando passou a vigorar a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que estabelece às empresas ou a seus prepostos cumprir e fazer cumprir as normas de segurança e higiene do trabalho, garantindo a licença maternidade, o auxílio maternidade, descanso de uma hora por dia para amamentar, e um local adequado para as mulheres se acomodarem durante este período (SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO, 1943).

Os direitos garantidos por leis nem sempre são cumpridos, ou seja, alguns locais de trabalho não comportam instalações adequadas para que as nutrizes trabalhadoras, ao retornarem para suas atividades pós-licença maternidade, possam garantir a continuidade do aleitamento materno com exclusividade. Estes descumprimentos das leis acarretam, pelos constrangimentos impostos as mulheres a introdução precoce de outros alimentos à criança e desconfortos físicos à mulher pelo não esvaziamento da mama, o que pode comprometer determinadas funções/atividades.

Quando se fala do trabalho feminino pode-se pensar em uma gama muito grande de sugestões. No entanto, os valores do resgate da cultura do aleitamento materno, são aceitos por poucos, por isso existe o descumprimento da legislação, principalmente relacionado aos seus códigos e artigos, conquistados na década passada. Além disso, o tratamento dado às questões trabalhistas de âmbito nacional ainda carece de compreensão pelas autoridades governamentais.

Com o resgate da cultura do aleitamento materno, podem-se somar os conhecimentos da ciência e do trabalho. Os profissionais da saúde podem sugerir a implantação de postos de coleta de leite humano ordenhado nas empresas, podendo,

desta maneira, fazer com que as mulheres trabalhem, em todas as fases da procriação, com mais tranquilidade, assegurando a maternidade e garantindo aleitamento materno e a qualidade nutricional para seus filhos, independente do turno ou atividade que as mesmas desenvolvam.

No Brasil, existe a Rede Nacional de Bancos de Leite Humano, comprometida com o resgate da cultura do aleitamento materno, principalmente visando combater o desmame precoce, a desnutrição, a mortalidade infantil, além de incentivar os programas de saúde da mulher e da criança. Há, no total, cento e sessenta e quatro bancos de leite humanos, distribuídos por todo território nacional e existem projetos para a expansão desse número.

No ano 2001 foram revertidos para o Brasil (direta e indiretamente) mais de 540 milhões de dólares, ou seja, tais recursos não foram gastos na compra de leite artificial, além deste fato contribuir para a prevenção da mortalidade infantil, da desnutrição, das doenças infecciosas e das diversas outras doenças associadas, basicamente, ao desmame precoce, principalmente, dos recém-nascidos prematuros e de baixo peso.

2.3 Aleitamento Materno e Sociedade

Desde os tempos bíblicos já se consideravam o leite materno como o primeiro alimento de escolha para alimentação infantil (SENA, 1997).

Os primeiros registros relatam preocupação com alimentação substituta na impossibilidade do aleitamento materno, datam cem anos antes de Cristo.

Descrições publicadas entre o final da Idade Média na Europa e o início da Era Moderna exaltavam a importância do aleitamento materno para a infância (SILVA,

1990; SENA, 1997; ALMEIDA, 1999).

Considerando-se o Brasil, observamos que a população indígena amamentava amplamente seus filhos e não tinha o hábito de desmamá-los precocemente. A criança era mantida ao seio materno até ter aprendido a andar (ALMEIDA, 1999). A figura ama-de-leite foi socialmente construída e instituída na família branca brasileira, impondo o desmame às escravas em favor da amamentação da criança branca e fazendo surgir à figura da mãe-preta de aluguel.

No século XIX foi numerosa a literatura gerada por médicos higienistas que condenavam mulheres que, segundo a visão dos mesmos, negando a natureza, não cumpriam o papel de mãe e recusavam-se a amamentar os seus filhos (SILVA, 1999). Todavia os avanços da ciência conduziram a novas percepções sobre as necessidades nutricionais dos lactentes. Os desafios incluíam então como alimentá-los com segurança e evitar complicações decorrentes da mudança do estilo de vida (MARTINS, 1983).

Nesse período, o habitual era a prática da amamentação por amas-de-leite entre as famílias abastadas, uma prática disseminada no continente Europeu que teve o seu apogeu entre os séculos XVI e XVIII na Inglaterra e permaneceu inabalada na França até o século XIX (SILVA, 1990; SENA, 1997; ALMEIDA 1999).

Nesse cenário, havia uma seleção das amas-de-leite que era feita de acordo com as características físicas, comportamentais e religiosas por acreditar-se que tais características eram repassadas à criança pelo leite. Essa prática passou a ser utilizada como principal fonte de renda para muitas mulheres pobres e assumiu um caráter mercenário.

Devido às restrições impostas à seleção das amas-de-leite, o avanço científico

possibilitou a alimentação da criança com leite de vaca diluído acreditando-se ter poucos riscos para a saúde. O modelo alimentar adotado comprometia o estado nutricional das crianças. Os alimentos eram administrados com utensílios inadequadamente higienizados que, em conjunto com as condições sanitárias da época, tinham como consequência a morte (ALMEIDA, 1999).

As pesquisas realizadas por Pasteur oportunizaram uma nova visão sobre a utilização de leites artificiais e, com a esterilização, houve a diminuição de grande parte dos seus perigos (SILVA, 1990; SENA, 1997; ALMEIDA, 1999). Com o uso da pasteurização e da refrigeração, o nível de contaminação bacteriana no leite de vaca diminuiu assim como a incidência das diarreias, pela eliminação dos microrganismos mais comuns ao leite - os pertencentes aos coliformes fecais.

Mesmo com os avanços tecnológicos, a expansão da indústria de alimentos e a criação de novas fórmulas, não foi possível desenvolver nenhum produto com a excelência do leite humano. Reconhece-se que o leite humano é o melhor alimento de escolha para a alimentação infantil (MARTINS, 1983).

Ao final do século XIX, determina-se o conteúdo de proteínas, gorduras e açúcares do leite humano e de outros mamíferos. Estudos comparativos comprovam o alto teor de proteínas do leite artificial em relação ao leite humano (SENA, 1997). O maior valor protéico do leite bovino em relação ao leite humano não representa uma vantagem para a nutrição do lactente, por não ser ajustado à capacidade do metabolismo hepático do neonato, além de dificultar o processo de digestão e esvaziamento gástrico. A β lactoglobulina presente no leite bovino é admitida como responsável pela alergia à proteína do leite de vaca e pelas cólicas do neonato (SHANLER, 1995).

Considerados os aspectos nutricionais do leite humano e as restrições impostas na época para a contratação de “amas-de-leite”, o medo de transmissão da sífilis, doença comum a essas mulheres e morte materna, surge a necessidade de atender com leite humano esses lactentes, “amas de leite”.

2.4 O Surgimento dos Bancos de leite Humano

No início do século XX, a maneira encontrada para atender, com leite humano, lactentes impossibilitados de receberem outro tipo de leite foi à criação de bancos de leite humano ou “lactários de leite humano”, como eram conhecidos na época (SILVA; 1990; ALMEIDA, 1999).

O primeiro banco de leite humano (BLH) foi criado em 1910 em Boston, Estados Unidos. Na França, em Paris, até 1947, as mães eram alojadas em hospitais com suas crianças e o seu excedente de leite era utilizado para alimentar prematuros e crianças cujas mães não podiam amamentar.

No Brasil, o primeiro BLH foi implantado em 1943, no então Instituto de Puericultura no Rio de Janeiro, atual Instituto Fernandes Figueira (IFF) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Seu principal objetivo era coletar e distribuir leite humano para atender a casos especiais como prematuridade, perturbações nutricionais e alergia a proteínas heterólogas e atender lactentes que temporariamente não podiam sugar ou receber o leite de suas mães (ALMEIDA, 1999).

A puericultura tinha discurso rígido sobre os benefícios da amamentação e impunha essa prática às mães. Após a Segunda Guerra, até a década de 70, os médicos passaram a estimular o desmame e a recomendarem o uso de leites artificiais e renegaram o aleitamento materno a segundo plano. A percepção médica

foi sendo influenciada pela descoberta de novos produtos que, supostamente, atendiam às necessidades nutricionais do lactente.

O puericultor passou a ser o difusor das vantagens do leite em pó, pois detinha o poder de prescrever a dieta alimentar do lactente. A indústria direcionou esforço entre a década de 40 e 70 e construiu elementos culturais da valorização e prática do leite em pó, tendo como resultado o desmame “comerciogênico” (WHO, 1989; ALMEIDA, 1999).

Nesta fase, as multinacionais de alimentos, resguardadas pela vanguarda científica passaram a prestar serviços de informação técnica exercendo influência entre os pediatras no que referia à qualidade dos seus produtos (ALMEIDA, 1999).

Embora imposta a superioridade dos leites modificados sobre o leite humano, estes eram restritos e incapazes de responder ao padrão alimentar e nutrição prescrita aos lactentes e as exceções eram resolvidas com leite humano. O leite humano passou a ser a exceção e uma alternativa segura para as situações em que o desmame comerciogênico falhava (ALMEIDA, 1999).

Como pontuou GESTEIRA, citado por ALMEIDA (1999), 85% dos óbitos naquela época estavam associados ao uso de alimentação artificial e, portanto, à necessidade de se dispor de leite humano em quantidade para atendimentos emergenciais. Surge a necessidade de implantação de BLHs.

No período de 1943 a 1985, os BLHs no Brasil funcionaram como grandes “leiterias”, com o propósito de obter o maior volume possível de leite humano, adotando critérios questionáveis, tornando-se um negócio lucrativo (ALMEIDA, 1999). Conforme discutidas por ALMEIDA, as buscas da prática por leites industrializados, as dificuldades em se recrutar doadoras voluntárias e o pagamento pelo leite doado

fizeram do leite humano um produto escasso e de alto custo. Registros no BLH-IFF/FIOCRUZ mostram que o leite humano chegou a ser comercializado, em várias ocasiões à razão de US\$ 35 o litro.

Com o desenvolvimento do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), a partir de 1981, houve uma mobilização social na recuperação da prática do aleitamento materno, o que culminou num estímulo à implantação de BLH. Observou-se, entretanto, que a situação sanitária dos poucos BLHs existentes no Brasil eram precárias e foi necessário mobilizar esforços para a mudança deste paradigma (BRASIL, 1999).

Em 1984, os responsáveis pelos principais BLHs em funcionamento do País reuniram-se e concluíram que a estrutura operacional desses bancos, oferecia riscos à saúde dos receptores atendidos com leite humano. Foi elaborado um plano de ação para implementar o BLH do Instituto Fernandes Figueira como experiência piloto, por ser o mais problemático e o que coletava o maior volume de leite.

Em 1985, foi o início da implementação dos Bancos de Leite onde foi priorizada a avaliação da qualidade sanitária do leite ordenhado pelo BLH. Como resultado, no mesmo ano foram adotados novos procedimentos visando desde a coleta até a distribuição, e introduzido como prática a pasteurização com controle térmico obrigatório (BRASIL, 1997). Em 1986, com os resultados alcançados pelo BLH do IFF, um novo modelo operacional é definido e implanta o Centro de Referência Nacional para BLH com intuito de estabelecer bases para o desenvolvimento de pesquisas sobre o aprimoramento técnico dos BLHs no Brasil.

Em 1987, é editado o primeiro documento oficial de recomendações técnicas que serviu como base para a portaria ministerial que regulamenta o funcionamento dos

BLHS em todo o território nacional.

Em 1988, a assinatura da Portaria nº 322/88 do Ministério da Saúde contemplou todas as etapas de implantação e funcionamento de bancos de leite humano e tornou o Brasil o primeiro país a possuir um instrumento legal, para avaliação e controle de qualidade dos procedimentos técnicos realizados nos bancos de leite humano do Brasil.

O BLH é definido como um centro especializado, obrigatoriamente vinculado a um hospital materno ou infantil, responsável pela promoção do incentivo ao aleitamento materno e execução das atividades de coleta, processamento e controle de qualidade de colostro, leite de transição e leite humano maduro para posterior distribuição (BRASIL, 1997).

A seleção e a qualidade dos produtos processados, estocados e distribuídos pelo BLH visam preservar as características biológicas do leite humano e manter um padrão de segurança para o lactente. Podemos interpretar esses elementos como uma avaliação conjunta de características nutricionais, imunológicas, químicas e microbiológicas.

Todo o leite humano cru manipulado pelo BLH deve ser submetido à seleção, classificação e tratamento de conservação e controle de qualidade (BRASIL, 1997).

Reconhece-se como processamento do leite humano todo produto que receba tratamento térmico visando inativação de 100% dos microrganismos patogênicos e 90% da sua flora saprófita, através de um binômio temperatura-tempo de 62,5°C por 30 minutos ou equivalente, calculado para inativação da bactéria *Coxiella burnetti* (ALMEIDA, 1999).

A necessidade de se ter um controle sanitário do leite humano mais efetivo

perpassa pelo desenvolvimento de adaptação de técnicas laboratoriais que apresentem baixo custo, efetividade e sensibilidade para serem incorporadas nas rotinas dos BLHs. Os contaminantes encontrados em volumes de leite coletados têm ocupado lugar de destaque nas metodologias de controle sanitário do leite humano (BRASIL, 1997).

A utilização de indicadores físico-químicos para controlar a qualidade do leite humano ordenhado representa manter as características nutricionais e atender às necessidades do receptor. Dentre as características que definem o valor nutricional do leite humano ordenhado, destacam-se o teor de gordura e o conteúdo energético.

A técnica do crematócrito, originalmente descrita por Lucas et. al. (1978), foi testada com eficiência e mostrou êxito em estimar o conteúdo de gorduras e o valor calórico total do leite humano. Em nosso serviço, adotamos como rotina em julho de 1999.

2.5 Composição do leite humano

A composição do leite humano sempre foi objeto de investigação científica. As especificidades de sua bioquímica são conhecidas há muitas décadas. Atende às necessidades nutricionais e peculiaridades fisiológicas do metabolismo do recém-nascido. A composição varia ao longo das duas primeiras semanas da lactação. Além do tempo de lactação que permite classificar o produto da secreção láctica da nutriz, importante variação na composição do leite de nutrizas mães de pré-termo (PT) e baixos-pesos (BP) é observada. O conteúdo energético médio encontrado é superior a 850 kcal/litro, valores até 1.450/litro já foram encontrados.

O colostro é o primeiro produto da secreção láctica da nutriz e permanece em

média, até o sétimo dia pós-parto. Apresenta-se espesso, de coloração amarelada, com densidade correspondente a 1.050g/cm^3 . É gradativamente substituído pelo leite de transição, o que ocorre entre 8º ao 14º dia pós-parto, apresenta-se ligeiramente amarelado, assumindo coloração branca e opaca a partir do 15º dia pós-parto. É o chamado de leite maduro, dotado de pouco odor, com sabor levemente adocicado. Apresenta reação neutra ou levemente alcalina e densidade de 1.030g/cm^3 (BRASIL, 1999).

Segundo os conhecimentos científicos atuais, o leite humano possui, em sua composição, mais de 150 substâncias diferentes, todas com funções biológicas definidas (ALMEIDA; BRASIL, 1999).

O leite humano não deve ser compreendido apenas como uma composição de nutrientes, mas como uma substância viva de grande complexidade biológica, ativamente protetora e imunomoduladora (SILVA, 1999).

O leite humano é uma mistura homogênea que se estrutura na forma de um sistema composto de três fases definidas: A fração emulsão, constituída de gordura; a fração suspensão, abriga mistelas de caseína; e a fração solução de constituintes hidrossolúveis. Os lipídeos constituem a principal fonte energética para os recém-nascidos proporcionando 50% das suas necessidades calóricas diárias, disponibilizando melhor eficiência na conjugação de sais biliares, promovendo melhor digestão. Apresentam variações de composição e concentração durante a lactação, com flutuações diárias e individuais, com maior concentração de gordura no leite final da sucção agindo como reguladores do apetite (ALMEIDA, 1999).

Os triglicerídeos predominam perfazendo 98% de lipídeos dos glóbulos de gordura. Ácidos graxos insaturados de cadeia longa têm importante função no desenvolvimento cerebral, com participação importante no processo de mielinização do cérebro (SENA, 1997; ALMEIDA, 1999).

O leite humano contém significantes, quantidades de prostaglandinas que atuam no mecanismo imunológico dado à sua ação na maturação do intestino, protegendo-o

de danos oxidativos como o causado pelas enterocolites asséptica (ALMEIDA, 1999).

Os ácidos graxos de cadeia curta têm fundamental importância por sua potente ação bactericida e baixa capacidade de ionização, atuam no citoplasma microbiano, que ioniza modificando o Ph do meio com mudanças no trajeto enzimático necessário para a manutenção celular. Os ésteres de ação bactericida com destaque para o fator antiestafilocócico e com dupla função de defesa, protegem tanto a mama lactante como o lactente.

A fração suspensão corresponde à fase suspensa do leite humano. Seus principais constituintes são as proteínas de função plasmática e a caseína. Boa parte do cálcio e fósforo do leite humano estão presentes nesta fração, como as miscelas e a sua principal função é a nutricional, destinada a suprir as necessidades decorrentes do crescimento estrutural do lactente.

A fração solução do leite humano apresenta, em sua composição constituinte, hidrossolúveis, como vitaminas, minerais, carboidratos, proteínas, enzimas e hormônios. A água é o principal constituinte dessa fração e favorece o equilíbrio osmolar estabelecido entre leite e sangue, sem ocorrência de sobrecarga de soluto renal.

Níveis elevados de imunoglobulinas são identificados nesta fração, como IgA, IgG, IgM, IgD e IgE, a lactoferrina, o interferon, os fatores do complemento C3 e C4, a lisozima, o fator bifidus e a lactoperoxidase. As variações observadas mantêm uma relação direta com a frequência e a duração da amamentação (SENA, 1997; ALMEIDA, 1999).

No grupo dos carboidratos, o seu principal constituinte é a lactose, que supre cerca de 40% das necessidades energéticas dos recém-nascidos. No grupo são identificadas pequenas frações de galactose, frutose e outros oligossacarídeos.

A lactose é um açúcar encontrado apenas no leite, o leite humano é o que apresenta a maior concentração, com 4% no colostro e até 7% no leite maduro. Além de participar dos mecanismos de absorção de cálcio e ferro, constitui substrato para a flora intestinal do lactente (MARTINS, 1983; SENA, 1997 e ALMEIDA, 1999).

O teor de vitaminas e minerais presentes no leite humano é adequado às necessidades nutritivas e à capacidade metabólica do lactente. Variações poderão ser observadas conforme a ingesta da dieta materna. As principais vitaminas presentes no leite humano são A, B1, B2, B6, B12, C, E, K, niacina e ácido fólico. A baixa concentração de vitamina K no leite é compensada pela capacidade da flora intestinal em produzi-la.

Os sais minerais presentes no leite humano, como cálcio, ferro, fósforo, magnésio, zinco, potássio e flúor não são significativamente afetados pela dieta materna, porém são bem adaptados às necessidades nutricionais e capacidade metabólica do lactente.

O fator de proteção do leite humano é dado pelos seus componentes solúveis e celulares. Entre eles destacam-se lactose e fator bifidus, que promovem a modificação do meio intestinal, inibindo, dessa forma, o crescimento de *Escherichia coli*, bactérias Gram-negativas e fungos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para Infância e o Ministério da Saúde (MS) enfatizam a importância da promoção do aleitamento materno e que todos os recém-nascidos recebam colostro de suas mães e sejam alimentados, sem alimentos complementares, até quatro a seis meses de vida. Mesmo mães desnutridas devem amamentar seus filhos (BRASIL, 1997).

Os avanços tecnológicos das últimas décadas na perinatologia, e a criação de centros especializados em cuidados intensivos neonatais, disponibilizaram aos

recém-nascidos pré-termo (PT), sobretudo aos de baixo-peso (BP), um aumento nas taxas de sobrevida.

No momento a atenção vai ao encontro não só da diminuição da mortalidade, mas, principalmente, para a melhor qualidade de sobrevida, levando a crer que o suporte nutricional possa ter impacto na morbidade em curto prazo e na qualidade do desenvolvimento em longo prazo.

Assim, as necessidades nutricionais e a capacidade funcional de recém-nascidos BP não são as mesmas das do PT do mesmo peso, nascidos antes da 37ª semana de gestação (WHO,1989), decorrente do acelerado crescimento e imaturidade funcionais. É consenso entre os autores que o objetivo do regime nutricional é o de dar suporte à vida, em função de um crescimento suficiente, observando as características genéticas (WHO, 1989). O suporte nutricional do recém-nascido PT e BP devem ser norteados como parte de sua terapêutica, por ser suscetível à má nutrição.

Segundo o Comitê de Nutrição da Academia Americana de Pediatria, (1977) as necessidades nutricionais de recém-nascidos sadios variam com peso, idade gestacional e velocidade de crescimento e o leite materno é o melhor dos métodos alimentares.

A alimentação ideal para recém-nascidos prematuros e baixo-peso seria aquela que permitisse um crescimento igual ao intra-uterino, sem o aumento do seu metabolismo e o mais próximo de um feto normal no último trimestre de vida intra-uterina (REA, 1998).

O leite materno, pelas suas propriedades nutricionais e imunológicas, é fundamental na alimentação desses lactentes, uma vez considerados o estado de saúde e os agravos a que estão expostos. Contudo, estudos mostraram que

recém-nascidos prematuros alimentados exclusivamente com leite humano acabam apresentando sintomas de deficiência de alguns micronutrientes, sejam alimentados com o leite exclusivo de suas mães, (ou fornecido por BLH) o que pode comprometer a mineralização óssea desses lactentes (FOMON et al., 1987).

A decisão entre leite humano ou fórmula para alimentar bebês BP (baixo peso) é complexa, tanto pelo aspecto nutricional, como pelo imunológico.

Os países em desenvolvimento concentram a maioria dos nascimentos de BP, caso em que o leite materno fresco pode ser uma opção segura para esses lactentes. Entretanto, mesmo os países com oferta maior de serviços de saúde e desenvolvimento tecnológico e de fórmulas alternativas não escapam à recomendação universal do leite da própria mãe para esse grupo de lactentes (WHO, 1987).

Estudo recente feito na Inglaterra por MORLEY et al. (1990) investigou a associação entre o fornecimento de leite da própria mãe ao seu bebê e o desenvolvimento aos 18 meses. O grupo que recebeu leite materno apresentou escores mentais consideravelmente maiores.

No início da década de 80, estudos demonstraram que BP que recebem leite humano ganham peso quase na mesma velocidade dos alimentados com fórmula. Mais recentemente, estudos clínicos mostraram que bebês alimentados com leite de suas mães apresentam um ganho de peso maior do que os alimentados com leite de doadora, devido ao teor de proteínas.

Na Finlândia, onde fórmulas comerciais são desestimuladas na alimentação de PT e BP, o leite materno é a primeira escolha nos serviços destinados ao tratamento de recém-nascidos de risco. Assim, a atividade dos BLHs atua em ampla escala. Metade das mães dos lactentes internados na unidade produzem leite suficiente para amamentar seus bebês (WHO, 1987).

Mesmo com a superioridade do leite materno sobre as fórmulas especiais, alguns estudos, como o realizado por PALHARES et al. (1987) demonstraram a deficiência de alguns micronutrientes no leite de mães de prematuros. O leite de fórmula apresentou-se mais próximo dos níveis recomendados.

A dieta ideal para recém-nascidos PT ainda está para ser definida. O tema é polêmico e objeto de estudo e ampla discussão. A literatura apresenta resultados contraditórios.

A dieta nutricional para lactentes PT e BP são de fundamental importância pelos aspectos nutricionais, fisiológicos e imunológicos, de maneira a atender às suas necessidades metabólicas, objetivando um desenvolvimento harmonioso do organismo, bem como prevenção das morbidades relacionadas à nutrição. As necessidades nutricionais dos recém-nascidos variam com o peso, idade gestacional e velocidade de crescimento. Faz-se necessário um aporte adequado de calorias, água, eletrólitos, minerais e vitaminas.

Os recém-nascidos de baixo-peso são mais vulneráveis às perdas excessivas de líquido no início do período neonatal. Precisam de reposição hídrica em grandes quantidades. As necessidades serão maiores se existir perda excessiva por via gastrointestinal, perda insensível, pulmonar, e sobrecarga de eletrólitos. (KLAUS & FANARROF, 1985)

As necessidades calóricas guardam relação com as características individuais de cada recém-nascido e mesmo os de peso semelhante podem necessitar de aporte calórico diverso para obterem o mesmo ganho de peso. Isso se deve ao fato de que uma proporção significativa de calorias não ser absorvida (WHO, 1985).

As necessidades protéicas de prematuros de baixo peso são calculadas com base em idades determinadas para estimar os aumentos diários no conteúdo protéico

do organismo. A ingesta protéica situa-se entre 2,5 e 4,0 g/ kg/ dia (KLAUS & FANARROF, 1985).

A gordura, pelo seu alto valor energético, é responsável pelo transporte de vitaminas lipossolúveis. Integra membranas celulares e age como isolante. Tem importante função gastrintestinal relacionada à natureza da gordura ingerida, à superfície: de absorção e à função hepática. No leite humano, a gordura é esterificada e mais bem absorvida pelo lactente.

As vitaminas e minerais são necessários para a reposição de reservas das diversas substâncias. Devido ao rápido crescimento, as necessidades de vitamina dos recém-nascidos BP excedem a ingesta, tornando-se necessária a suplementação do mesmo (KLAUS & FANARROF, 1985).

2.6 Glândula Mamária

As glândulas mamárias são estruturas complexas, que se desenvolvem ao longo de linhas simétricas, que se estendem das axilas até o músculo peitoral maior. Consideradas anexos cutâneos localizados no interior da fáscia superficial da parede anterior do tórax, com peso e formato variáveis, de acordo com fatores tais como constituição física, idade, paridade, lactação, etc.

Figura 01: Anatomia da mama



Fonte: Sobotta,1995

Para Castro (1985, p.580) as mamas têm sido chamadas erroneamente de peito ou seios. Apesar de existirem nos dois sexos, elas só se desenvolvem e funcionam no sexo feminino, após a puberdade, apresentando- se de forma muito rudimentar no homem.

Figura 02: Papila e aréola



Fonte: Sobotta,1995

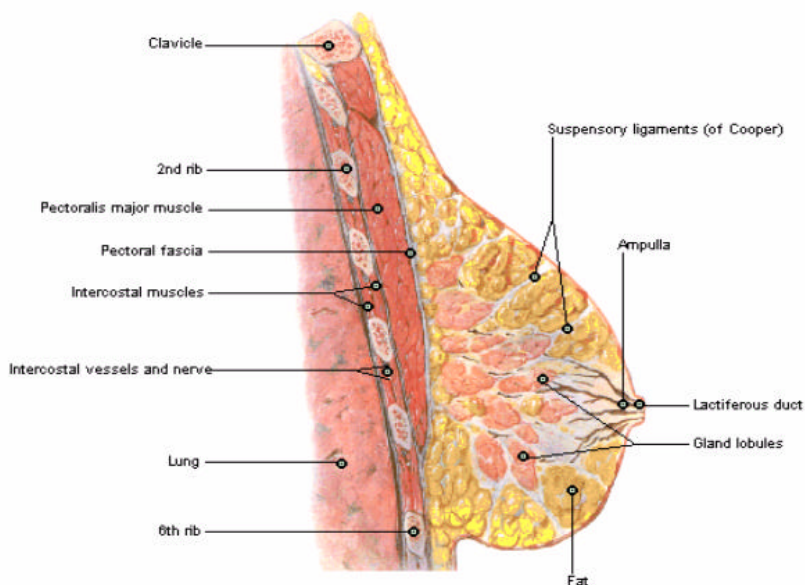
Durante o desenvolvimento embrionário, ocorre a formação das mamas, a partir do ectoderma ventral e do mesoderma subjacente. O sistema lobular é composto por

pequenas formações saculares, os alvéolos ou ácidos, formando os lóbulos mamários.

Conforme mostra a figura 02, a papila (bico do seio) é de formação cilíndrica e tamanho variável, com a pele semelhante a da aréola. Revestida por um epitélio escamoso estratificado queratinizado, porém, desprovida de glândulas sebáceas, possui de dez a vinte óstios que correspondem à desembocadura dos conductos galactóforos.

A pele que recobre a mama é fina, elástica, mais clara, com discretos pêlos, diferenciando-se do resto do corpo somente em seu ponto central onde é mais espessa, mais pigmentada e um pouco enrugada, denominada de aréola. Glândulas sebáceas especiais produzem saliências nas superfícies areolares, constituindo-se nos tubérculos de Montgomery.

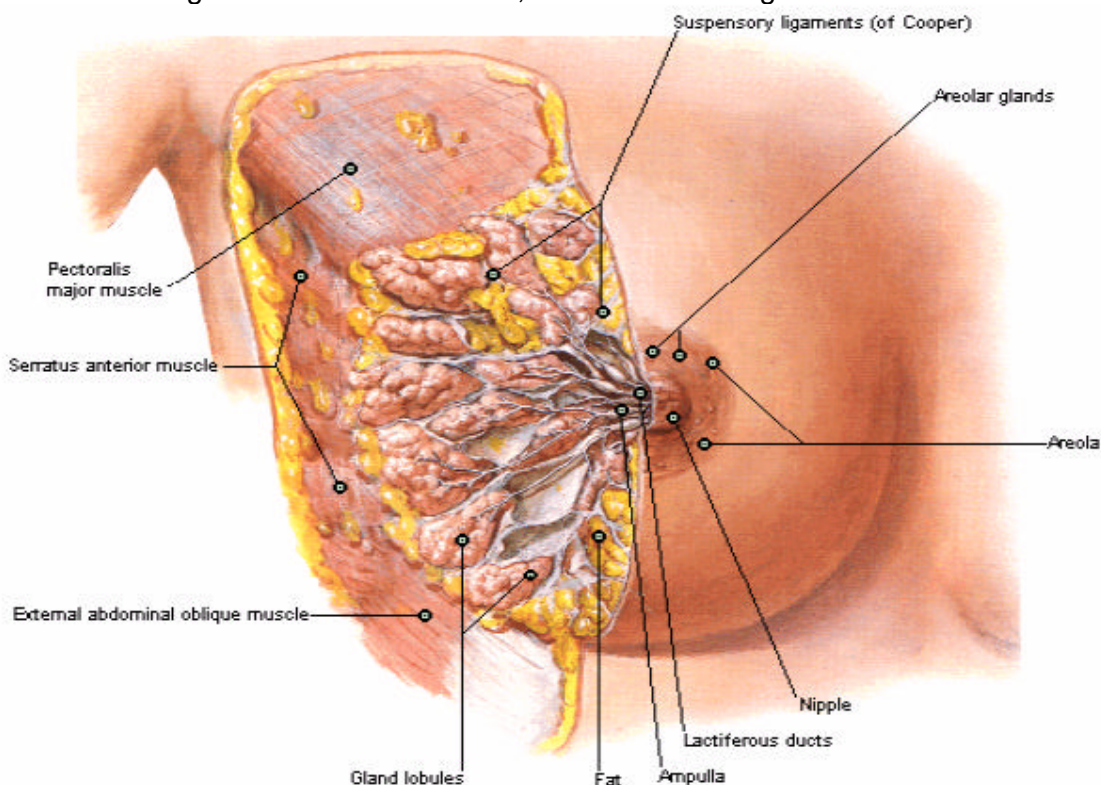
Figura 03: Glândula mamária interna



Fonte: Sobotta, 1995

A gestação e a lactação são também responsáveis por modificações na glândula mamária, principalmente na quantidade de tecido glandular, além de alterar a atividade funcional. A secreção e a produção de leite são induzidas e controladas pelos hormônios prolactina e oxitocina (GUYTON, 1988, p. 518).

Figura 04: Estrutura interna, seios lactíferos e galactófaros

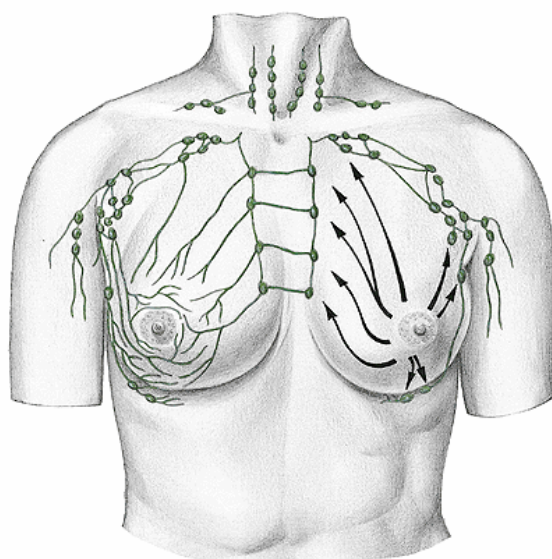


Fonte: Sobotta, 1995

Além de todas as alterações fisiológicas que ocorrem durante a gestação, a sua principal função é a de nutrir o bebê após o nascimento.

Em 80% das mulheres, ocorre uma leve assimetria entre as mamas. Pode apresentar forma cônica, discóide, pendular e plana. Têm evoluído como estruturas produtoras de leite com o propósito de nutrir a prole, que nasce em um estado relativamente imaturo e dependente. Além disso, a amamentação significa o estabelecimento de um vínculo entre a mãe e o filho. Para Brazeltom (1988 p. 11), o vínculo com um bebê é instintivo, mas não é instantâneo e automático.

Figura 05: Assimetria das mamas



Fonte: Sobotta, 1995

2.7 Ergonomia, fatores de risco no trabalho e desmame precoce

A humanidade, desde que inventou a linguagem e a escrita, tem conseguido acumular os seus conhecimentos e transmiti-los de geração em geração. O conjunto desses conhecimentos chama-se tecnologia. A tecnologia muitas vezes é vista negativamente devidos alguns usos incorretos. Por outro lado, é inegável também o progresso criado pela tecnologia moderna. Em função deste progresso está a ergonomia.

A ergonomia estuda as adequações do trabalho ao trabalhador. A preocupação é adaptar a tarefa à pessoa que a realiza, tendo como objetivo a melhoria da comodidade do trabalhador, ou seja, proporcionar conforto e, com isto, evitar o aparecimento de doenças que possam ocorrer durante o trabalho.

No presente estudo, a preocupação é justamente conhecer como a trabalhadora pode-se adaptar a seu posto de trabalho quando retornam de uma licença maternidade preocupando-se com o desconforto causado pelos picos hormonais

decorrentes do processo fisiológico da amamentação.

Os desconfortos pesquisados neste estudo são problemas precoces e tardios existentes no período de lactação.

Segundo Leplat (1980),

a ergonomia veio solucionar um grande número de problemas sociais relacionados com a saúde, segurança, conforto e eficácia. Muitos acidentes podem ser causados por erros humanos, normalmente, por desinformação. Podem ser reduzidos com medidas preventivas simples.

Para Kanaane (1999, p. 57) a probabilidade de ocorrências de acidentes pode estar relacionada à importância dos aspectos ambientais e ergonômicos, devendo os mesmos ser adequados às capacidades e limitações humanas, durante o trabalho.

Já para (MONTMOLLIN, 1982, apud SANTOS, 2000)

a análise ergonômica permite, categorizar as atividades do ser humano no trabalho, dentro da realização das tarefas, estabelecendo declarações detalhadas das mesmas, as quais podem ser modificadas para manterem-se salubres.

Brulin (1995), relata que os fatores físicos e psicológicos no ambiente de trabalho podem estar relacionados com muitas queixas das trabalhadoras.

Segundo Gomer (1986), o apoio social tem um efeito preventivo nos diferentes tipos de sintomas das doenças ocupacionais. Cabe mencionar também a mulher trabalhadora em seu período puerperal, que necessita se adaptar ao posto de trabalho independente de tarefa ou atividades que executa em sua ocupação profissional.

Os índices de desmame precoce tem sido assunto de amplas discussões junto aos órgãos governamentais e não governamentais e em outros países, visando encontrar medidas cabíveis para regatar a cultura do aleitamento materno (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1991).

Ao falar-se de postura e movimento não se pode esquecer a biomecânica, que se preocupa com o comportamento do homem e com a postura adotada para se sentar, ficar de pé ou mesmo caminhar.

Para Couto (1996 p. 8), em suas recomendações ergonômicas, para o trabalho na posição sentada o indivíduo preferencialmente deve sentir-se o mais confortável possível, utilizando todas as possibilidades para uma boa posição e bem-estar.

A importância da biomecânica na técnica de manuseio das mamas na extração do leite humano ordenhado é fundamental, uma vez que a retirada do leite dos ductos e seios lactíferos é um processo delicado. O trabalho de precisão neste tipo de assistência exige o máximo de cuidados técnicos possibilitando assim maior conforto para ambos, mãe e filho. Neste caso, a empunhadura não adaptadas à anatomia da mão e dos ombros pode influenciar na assistência prestada causando algum tipo de desconforto e tempo perdido. Eventualmente, podem causar danos a saúde do trabalhador responsável pela ordenha.

Os dedos das mãos devem executar diversos movimentos e posição de pressão com os dedos e o polegar, ou movimentos de tração no punho, braços e ombros. Das muitas posições, as que estão envolvidas com pressão são as mais importantes.

Segundo Lida (2003, p. 91)

os movimentos de maior precisão são realizados com as pontas dos dedos. Se envolvermos sucessivamente os movimento do punho, cotovelo e ombro, aumentaremos a força com prejuízo da precisão. Isso pode ser observado em operações manuais altamente repetitivas. Quando os dedos fatigam-se, há uma tendência de substituí-los pelos movimentos do punho cotovelos e ombro com progressiva perda da precisão

No momento da extração manual do leite humano, o profissional que executa tal

atividade, pra detectar um ducto lactífero, deve estar na posição em pé com os ombros inclinados para frente e realizar movimentos rotativos com mãos e dedos, apoiando com a parte distal dos dedos e fixando com o indicador e polegar a região aureolar.

2.8 Pesquisa de aleitamento materno – trabalho feminino

Durante a fase de revisão, foram pesquisados artigos referentes ao assunto em bancos de dados indexados. Encontraram-se artigos relacionados diretamente com o estudo proposto. Porém poucos indicam dados relacionados ao trabalho feminino, e amamentação e o desmame precoce.

O resumo da pesquisa bibliográfica está dividido em períodos e apresentado em quadros, para melhor compreensão. Sendo que a maioria destes trabalhos aborda aspectos relacionados à amamentação e os problemas discutidos, ocorrem em várias situações são adotadas medidas para verificar as possibilidades de um ajuste entre a mulher em período de lactação e o trabalho profissional.

Quadro 01: Síntese dos artigos indexados, sobre amamentação e trabalho, no período de 1992 a 2003

Nº	Autor	Tipo de estudo	Risco encontrado	País de publicação	Ano
01	IBFAN, Rede de direito de amamentar	Pesquisas em aleitamento materno e o direito de amamentar.	Crianças alimentadas com leite de vaca apresentam alergia protéica. A proteína estranha do leite animal e existentes nessas fórmulas rompem os aminoácidos de cadeia curta.	Europa	1991
02	Kiingdon	Mulheres que tiveram seus bebês	Mulheres que deram a luz em uma maternidade na Suécia, lavaram	Suécia	1994

03	Por que amamentar	na Suécia e o tipo de produto usado na sua higiene, influenciaram o desmame. Os bebês não amamentados correm maiores riscos da síndrome de morte súbita.	as mamas com sabão perfumado e seus bebês não aceitaram a mama por sentir o cheiro do perfume do produto, causando o desmame precoce. Na Nova Zelândia, durante três anos foram analisados: 356 casos de morte súbita infantil e 1529 controles de criança sadia. Com amamentação em baixa, 60% destas crianças foram amamentadas apenas por dezesseis semanas.	Nova Zelândia	1994
04	S. Nacro, B. Curtis, V. Kanki, F. Traore, E. Dialloi.	A amamentação esta relacionada com a saúde da mulher mostrando que as chances são reduzidas em desenvolver Câncer de Mama.	Redução da probabilidade das mulheres desenvolverem Câncer de mama quando amamentaram por um período maior. Mesmo quando controlada as variáveis tais como: menarca e numero de gestações	Estados Unidos e Itália	1994

Estudos atualizados salientam que o desmame precoce prejudica a saúde das crianças e demonstram o uso indiscriminado de fórmulas infantis de aleitamento com produtos industriais. O aleitamento materno pode ser dificultado por várias causas, como o exemplo de uma maternidade suíça que, em 1994, usava um produto de higiene corporal nas pacientes que fazia os recém-nascidos se recusarem a mamar devido, ao cheiro percebido durante a amamentação.

No quadro 03, observa-se um estudo dos bebês que, tiveram morte súbita. Neste caso, foram avaliadas as crianças que fizeram uso da alimentação artificial e das crianças que foram amamentadas por suas mães, onde foi decrescente o tempo de amamentação nas crianças que vieram a óbito.

Quadro 02: Síntese dos estudos indexados no período de 2000 a 2003

Nº	Autor	Tipo de estudo	Risco encontrado	País de publicação	Ano
01	Faria, Carlos A.P.	Divisão de trabalho doméstico na Suécia	O sistema sueco dificulta a conciliação do trabalho e amamentação	Suécia	2003
02	Robledo, H.	Como conciliar	A criança não receber	Brasil	2000

	H.	amamentação com trabalho e retorno após licença maternidade.	exclusividade amamentação.	da		
03	Mortensen, L ykke e Erik	Aleitamento materno leva os bebês a ter QI alto quando adultos.	Não amamentados com exclusividade, poderão ter baixo QI.		Índia	2002
04	AL-Dashti, AA, Williams, SA.	Controle de crianças com cegueira noturna (Xeroftalmia)	Uma criança não amamentada no primeiro ano vida, apresenta cinco vezes mais chance de xeroftalmia que crianças aleitadas.		Nepal	1995

Quadro 03: Síntese dos estudos indexados no período 1997 a 2003

Nº	Autor	Tipo de estudo	Risco encontrado	País de publicação	Ano
01	Dearden, KA; Quanle N; Mars DR; Pacho'n, H. SchrhedrDG;	Tipos de barreiras encontradas exclusivamente em zona rural	Avaliação de algumas mulheres trabalhadoras que puderam amamentar, mesmo com barreiras. O estudo sugere que há possibilidades de implementar os	Viet Nam	2001

	Lang	na amamentação	loais de trabalho para a amamentação mesmo que sejam nos lugares mais distantes.		
02	Marina Ferreira Réa; Sonia Ioyama Venâncio; Luis Eduardo Batista; Rosangela Gomes Dos Santos; Ted Greiner	Possibilidades e limitações da amamentação entre as mulheres trabalhadoras formais.	70% destas mulheres apresentaram um tempo médio de amamentação de 150 dias. E predominância da exclusividade foi de apenas 70 dias.	São Paulo	1997
03	Lakati A; Binns C; Stevenson M.	Alimentação materna de mulheres trabalhadoras em Nairobi.	O propósito deste estudo foi documentar o retorno ao trabalho das mulheres pós-licença maternidade, com uma carga horária de quarenta e seis hora .	Nairobi	2003
04	Launer L. J.	Predominância de casos com AIDS, em mulheres durante a reprodução primária e intervenções apropriadas.	Aumento na epidemia entre usuários de drogas injetáveis, etero e sexual. Pessoas expostas resultam em impacto e aumento dos casos de HIV/AIDS, entre as mulheres e crianças. A transmissão vertical de HIV pode acontecer cedo em gravidez, durante o trabalho ou no período de pós-parto.	Inglaterra	2002
05	Craven DE; Steger KA; Jarek C.	Detectar se anestesia intrapartum influencia na amamentação.	As mulheres podem amamentar mesmo recebendo analgesia.O risco encontrado é: após a injeção do anestésico, este atinge diretamente o sistema nervoso central.	Estados Unidos	2000
06	Réa F.Marina	Licença maternidade 4 meses aleitamento materno exclusivo.	A Organização Internacional do Trabalho (OIT) recomenda às mulheres trabalhadoras: 14 semanas de licença maternidade. No Brasil o período é de 4 meses apenas. Risco: pouco tempo.	São Paulo	1999
07	Louro Guacira.	L Indicadores de Gênero no mundo do trabalho.	Permanência da desigualdade entre gêneros.	Curitiba – Pr.	1998

Para Dearden (2001), percebe-se que as dificuldades que encontradas pelas mulheres trabalhadoras da área rural para a amamentação se constituem as mesmas das outras trabalhadoras. Mas elas não se deixaram intimidar e continuam a lutar. O

estudo avaliou e identificou a exclusividade na amamentação, porém, naquele país, onde o índice aponta uma taxa relativamente baixa de crianças em aleitamento, os resultados não são muito animadores.

O estudo de Dearden (2001) sugere estratégias que podem ser implementadas para as pacientes aumentarem o aleitamento materno exclusivo em ambientes de trabalho rurais.

Segundo Réa (1997), a organização das atividades maternas e a possibilidades de amamentar exclusivamente por seis meses entre mulheres da área urbana de Honduras apresenta benefícios para a sociedade e para a saúde infantil já que as mulheres citam falta de tempo como razão para introduzir precocemente outros tipo de alimentos para as crianças.

Segundo Lakati (2003), os grupos sócioeconômicos mais baixos têm freqüentemente o maior índice de amamentação, mesmo que as atividades e horas de trabalho sejam de uma jornada com horas excedentes.

Wilfer (2003) afirma que a predominância de casos de HIV em mulheres no seu período reprodutivo faz com que a prevenção seja a forma mais apropriada para diminuir o índice de crianças com Aids.

3 MÉTODO

O primeiro passo da metodologia foi estudar as características da população o que permitiu a retirada de uma amostra representativa para se realizar o estudo.

3.1 Desenho do estudo

O trabalho se caracteriza como um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa do tipo transversal. O caminho metodológico utilizado foi a pesquisa de campo, por meio de entrevistas com questões semi-estruturadas, aplicadas a cada voluntária no período puerperal.

A opção por uma pesquisa exploratória permitiu que as mulheres em período de lactação contribuíssem na investigação, sem gerar expectativas em torno do problema em estudo. Para Trivinos (1995, p.109), a “pesquisa exploratória serve para o pesquisador implementar sua hipótese e aprofundar seus estudos nos limites da realidade”.

A caracterização do estudo descritivo foi considerada pelo fato de a mulher estar no período da amamentação, desenvolvendo concomitantemente suas atividades laborais, situação em que poucos pesquisadores abordam esta temática. Para Rudio (2001 p:71), a pesquisa descritiva deseja conhecer a sua natureza, sua composição, os processos que a constituem ou que nela se realizam.

O tratamento dos dados através da abordagem é qualitativo, uma vez que os relatos das entrevistadas contribuem sistematicamente para o entendimento das causas e dos fatores que podem desencadear o desmame precoce, durante o trabalho feminino.

Segundo Chizzotti (2001, p. 78)

a pesquisa qualitativa é uma designação que abriga correntes de pensamentos diferentes. Em síntese, essas correntes se fundamentam em alguns pressupostos, contrários ao modelo experimental, e adotam métodos e técnicas diferentes dos estudos experimentais”.

3.2. Etapas da pesquisa de campo

Essa pesquisa foi desenvolvida nas seguintes etapas:

Primeiramente foi realizado um levantamento do número de mulheres visitadas pelos postos de saúde dos bairros e distritos da cidade de Cascavel, estado do Paraná, onde se obteve um número de 3.807 mulheres entrevistadas e 94% das crianças foram amamentadas durante o primeiro mês de vida.

Buscaram-se dados nacionais através da:

- a) Fundacentro (FUNDAÇÃO JORGE DUPRAT FIGUEIREDO DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO);
- b) pesquisas eletrônicas;
- c) Periódicos da Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar-Brasil (IBFAN) do Brasil;
- d) Ministério da Saúde e;
- e) Rede Nacional de Bancos de Leite Humano.

As palavras-chave utilizadas na língua portuguesa foram: desmame precoce e fatores de riscos ocupacionais de mulheres trabalhadoras pós-retorno da licença maternidade e, na língua inglesa, wean precocius .

A segunda etapa foi uma visita a uma cooperativa agrícola, localizada no município de Cafelândia, no Oeste do Estado do Paraná. A indústria está ligada à

criação, abate e comercialização de frangos, com aproximadamente 2000 associados.

A escolha do local se deve ao fato da empresa estar desenvolvendo projetos de atendimento específico para gestantes. Porém, ao conhecer a realidade das mulheres trabalhadoras desta empresa do setor agrícola, pôde-se perceber que os problemas enfrentados por essas trabalhadoras, são parecidos com os problemas das mulheres que retornam ao trabalho após a licença maternidade, de outros locais pesquisados.

A aplicação do instrumento de coleta de dados (Anexo I) ocorreu no Banco de Leite do Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Esta instituição foi fundada em 31/05/1989. Atualmente atende a vinte e seis municípios da área de abrangência da Décima Regional de Saúde, por meio de um consórcio intermunicipal onde está comprometida para o atendimento de todos os programas governamentais e não-governamentais existentes no convênio.

A escolha dessa instituição se deve ao fato de ela atender a mulheres com dificuldades no aleitamento materno, muitas com desmame parcial ou total, sendo a maioria mulheres que retornariam ao trabalho em poucos dias, ou que apresentavam dúvidas sobre o armazenamento do leite materno e sobre a manutenção da amamentação.

Foram também incluídas voluntárias que tinham dúvidas sobre:

- a) como esvaziar as mamas ingurgitadas;
- b) como transportar o leite retirado, durante a jornada de trabalho;
- c) como aquecer o leite para administrar nos horários de sua ausência.

3.3 População alvo

A população alvo foi composta por dez mulheres em período puerperal que trabalhavam em diversas instituições com diferentes atividades ocupacionais.

O critério de inclusão foi apenas o fato de estarem amamentando e trabalhando ou retornando ao trabalho após a licença maternidade.

Diversas pacientes procuram o banco de leite diariamente para aprender esvaziar a mama e aprender a preservar e administrar o leite nos horários das mamadas, quando do retorno ao trabalho.

3.4 Instrumento de coleta de dados

O instrumento (apêndice II) foi elaborado após ampla revisão bibliográfica e da observação realizada durante a visita técnica à indústria de frangos citada.

Antes de sua aplicação, o questionário que balizou as entrevistas foi validado através de um ensaio preliminar. Foram realizadas adequações necessárias, de modo que o instrumento final contemplava cinco itens, relacionados a seguir:

- I. Dados de identificação, composto por (09 questões);
- II. Dados sócio-econômicos e demográficos (07 questões);
- III. Dados profissionais (07 questões);
- IV. Dados ocupacionais (12 questões);
- V. Dados obstétricos (18 questões)

3.5 Instrumento de consentimento livre esclarecido

Todo projeto de pesquisa que envolva seres humanos deve conter um

instrumento de consentimento livre e esclarecido (Portaria nº 196/96 do Ministério da saúde) o qual garante o anonimato das entrevistadas, as quais só se tornaram voluntária após terem assinado o termo de consentimento (Apêndice D).

Após o esclarecimento dos objetivos do estudo, bem como do tipo de questões que ele pretende responder, as dúvidas foram esclarecidas não sendo negada nenhuma informação, mesmo que estas não estivessem relacionadas diretamente ao estudo.

Foi esclarecido às participantes quanto à divulgação dos resultados e à possibilidade de se recusarem a participar, a qualquer momento.

4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

As informações obtidas, a partir das entrevistas com as voluntárias em período puerperal permitiram o levantamento dos dados para análise, além de permitirem a compreensão dos fatores de riscos ocupacionais para o desmame precoce dos filhos nas trabalhadoras.

Usou-se o critério da saturação, ou seja, foram introduzidas novas voluntárias até o momento em que as respostas começaram a se repetir. Com isso, a amostra foi composta de dez ($n=10$) voluntárias, em postos de trabalho diferentes e com ocupações diferentes.

O tempo gasto em cada entrevista utilizando-se o instrumento previamente validado, variou entre quarenta a cinquenta minutos. Os dados são apresentados sob a forma de tabela e figuras, para caracterizar o perfil epidemiológico das entrevistadas.

Foi estabelecido previamente que os dados obtidos deveriam ser suficientes para oferecer uma visão panorâmica dos seguintes aspectos:

- a) sócio-econômico-demográficos;
- b) condições obstétricas e puerperal;
- c) morbidade e intercorrências no trabalho fora do lar;
- d) dados profissionais e ergonômicos.

Visando ao perfeito entendimento, os resultados foram divididos em subtítulos, em conformidade com o instrumento de coleta de dados.

4.1 Dados sócio-econômico-demográficos

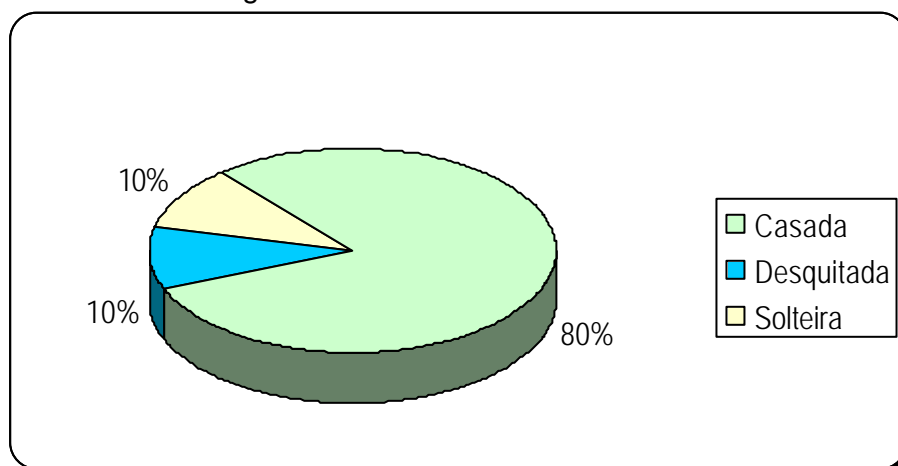
Na investigação sócio-econômico-demográfica foram levantados dados

relativos a:

- faixa etária;
- escolaridade;
- estado civil;
- raça;
- naturalidade;
- renda familiar;
- número de dependentes;
- renda familiar por mora-dia;
- gasto com a moradia e alimentação e;
- religião praticada.

Alguns dados foram correlacionados para se obter uma apresentação mais detalhada da população pesquisada.

Figura 06: Estado civil das voluntárias



Observa-se na figura 06, que 80% das mulheres entrevistadas são casadas, constituindo uma situação conjugal aparentemente estável.

As voluntárias que estão em outras situações (20%; uma solteira e outra desquitada) eventualmente podem apresentar ansiedade ou estresse no período puerperal e na lactação, podendo chegar nos casos extremos, até a redução da sua produção láctea, o que poderia contribuir para o desmame, segundo (HIPPER, 2002 apud FIEWSKI, 2002).

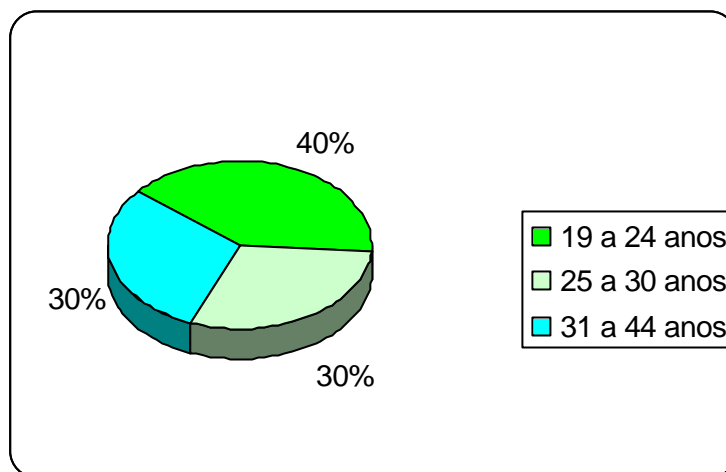
Na fala de uma entrevistada ficou clara a dificuldade que ela estava encontrando por ser, ao mesmo tempo, solteira e trabalhadora no período de amamentação:

Entretanto, para Queiroz (2003), “dar filhos ao mundo, produzir cidadãos, é uma tarefa social importantíssima”.

1

Figura 07: Faixa etária das voluntárias

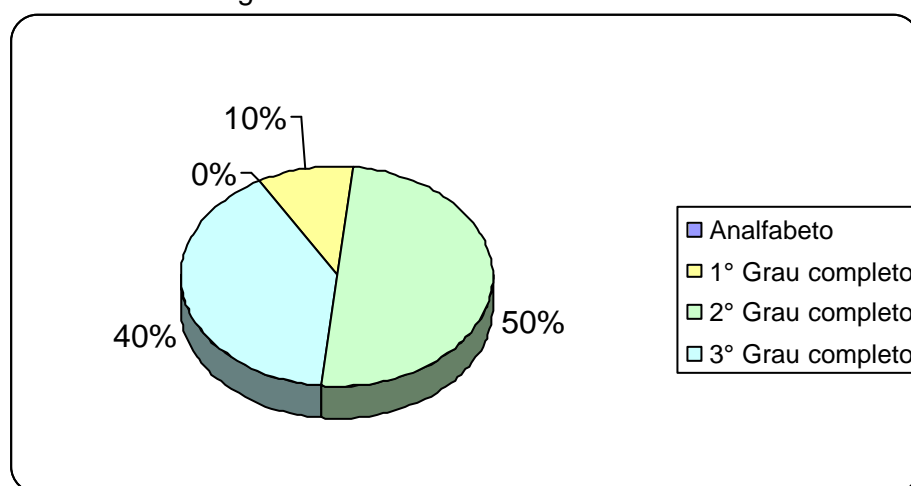
^{1 1} Voluntária 05 “A ansiedade era que meu bebê deixasse de mamar cedo, esta é a fonte que garante que meu filho irá ter saúde. A carga emocional exercida sobre a mulher trabalhadora, seja ela solteira ou não, e o cumprimento da maternagem em sua totalidade é bastante complicado”



Pode-se observar, na Figura 07, que a idade das voluntárias variava de 19 a 44 anos. Na faixa etária entre 19 e 30 anos, que correspondia a 70% das voluntárias, e que é considerada como bastante favorável a uma gestação segura, foi verificado um bom período puerperal e lactação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000; ZIGUEL, 1992).

O aleitamento é um ato fisiológico, que ocorre através do reflexo da sucção, da pega areolar apropriada, da posição cômoda da mulher que está amamentando para que ocorra a relação afetiva entre mãe e filho.

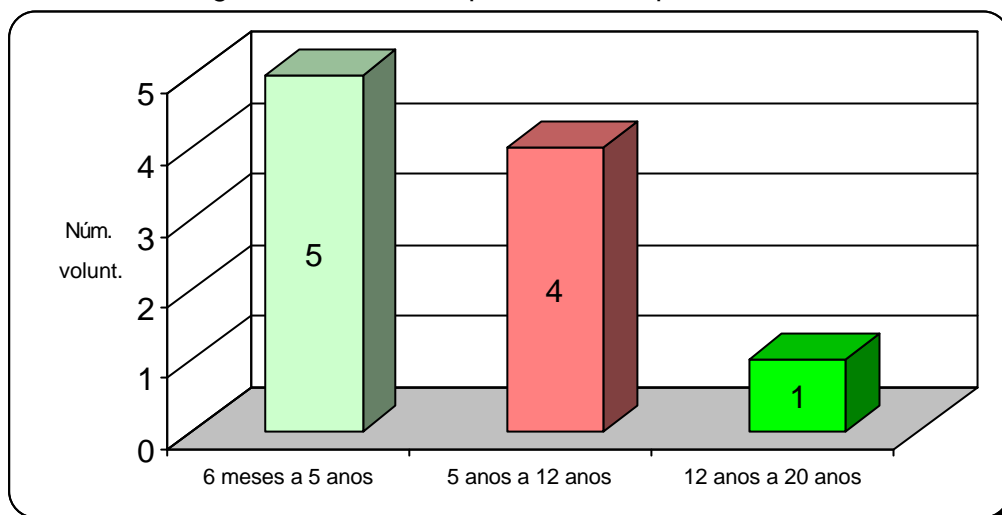
Figura 08: Escolaridade das voluntárias



Com relação à escolaridade (figura 08), os dados mostram que cinquenta por

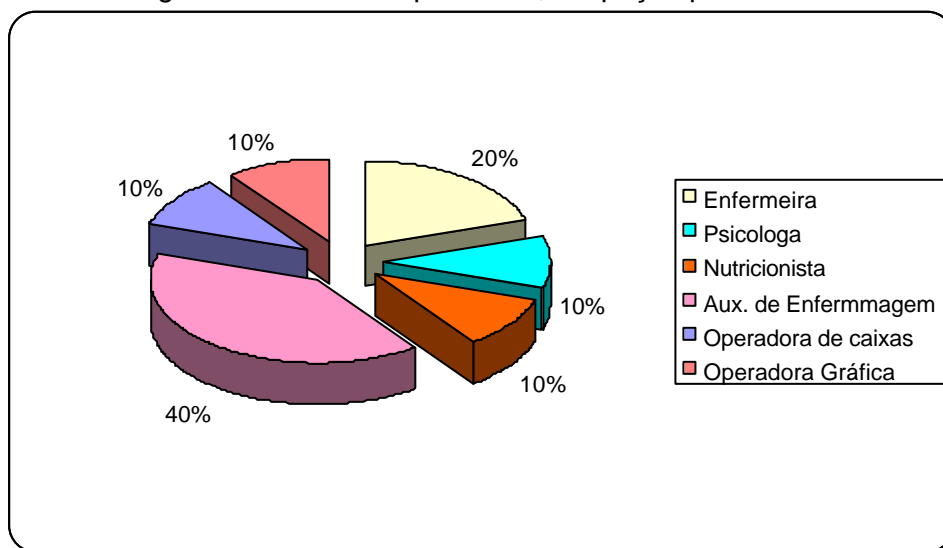
cento das mulheres entrevistadas haviam concluído o ensino médio, dez por cento possuíam o ensino fundamental e quarenta por cento possuíam o ensino superior.

Figura 09: Dados ocupacionais, tempo de trabalho



Na figura 09, apresentam-se os dados referentes ao tempo de trabalho nas instituições e observa-se que este varia de 6 meses a 20 anos, com 50% das entrevistadas estando empregadas na faixa de 6 meses a 5 anos.

Figura 10: Dados ocupacionais, ocupação profissional

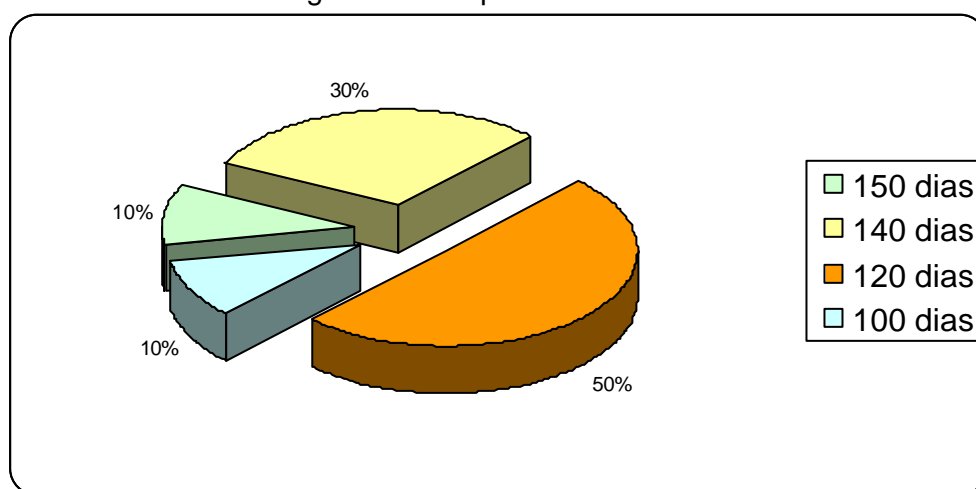


Como se podem observar na figura 10 as mulheres entrevistadas compõem um

quadro diversificado no que se refere às diferentes profissões e ocupações, onde a maioria das entrevistadas trabalha no período de lactação, que também é associando à função da maternagem, atividade esta que garante o vínculo do binômio mãe e filho. O vínculo estabelece laços afetivos, configurando o elo familiar. O estabelecimento dos laços afetivos se fortalece no momento em que mulher e o homem compartilham a maternagem e a paternagem. Para Brazelton (1988), o vínculo com o bebê é instintivo, mas não é instantâneo e automático.

Valores do senso comum e da cultura geram diferentes comportamentos frente à amamentação. Durante as entrevistas com duas profissionais com mesmo nível de escolaridade e tempo de lactação, observaram-se dois componentes que influenciavam a precocidade do desmame. Perguntas elaboradas com o mesmo teor resultaram em respostas diferentes. Para Dettwyler (1999), a forma de pensar e as influências culturais atuam sobre o aleitamento materno de maneira pronunciada. Os costumes e os hábitos fazem com que as pessoas acreditem em crenças com valores aceitos por elas, e adotem estes valores para diversas situações.

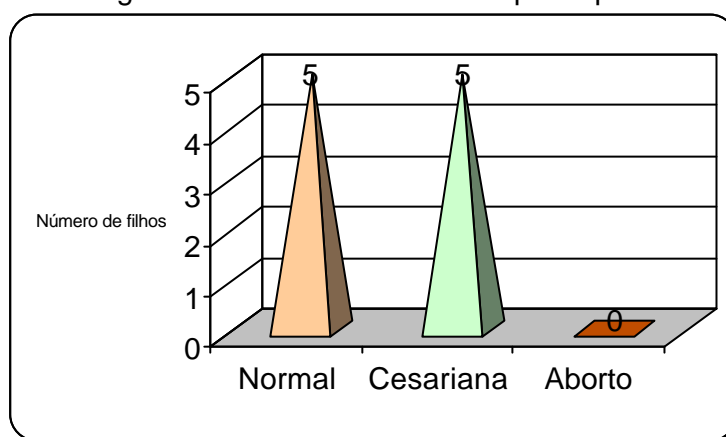
Figura 11: Tempo de afastamento



A pesquisa realizada apresenta o tempo de afastamento das mulheres

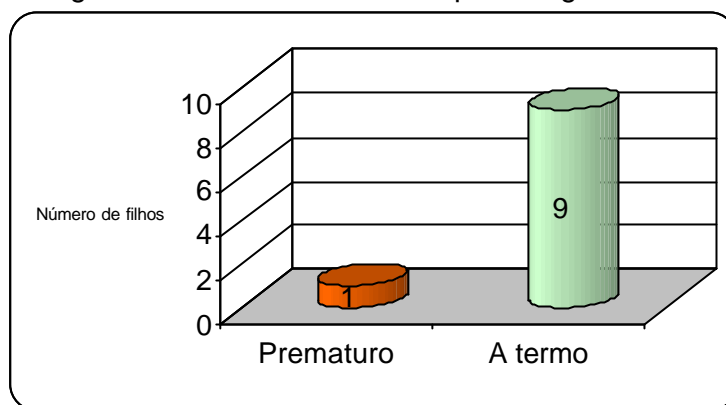
trabalhadoras no retorno após licença maternidade e os mesmos estão representados na figura 11. Os dados demonstrados conciliam as férias anuais com o período de licença maternidade. Isto ocorreu com o grupo de mulheres pesquisadas. Com esta conciliação, permitiu aos bebês, um maior tempo junto à mãe, obtendo exclusividade no aleitamento. É possível observar que uma voluntária não completou os 120 dias de licença maternidade, devido a forma de contratação oferecido pela empresa, à trabalhadora.

Figura 12: Dados obstétricos – tipo de parto



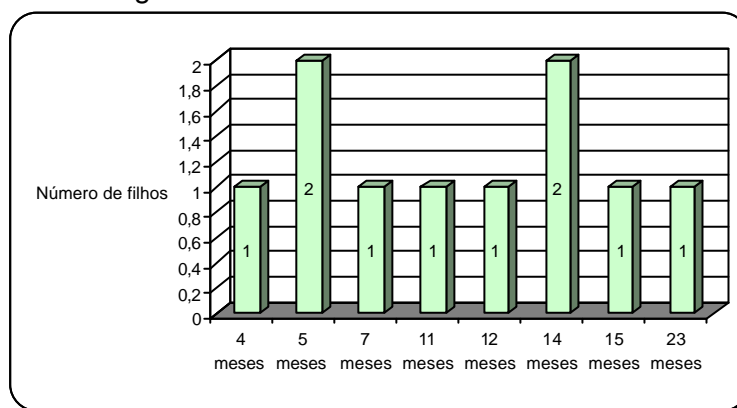
Os dados obstétricos sobre a gestação buscaram quantificar o número de filhos e o tipo de parto das voluntárias. Como pode ser observado na figura 12, o índice de cesariana foi de cinquenta por cento, que foi igual ao número de partos normais, não tendo ocorrido nenhum aborto. Porém, segundo os dados da OMS (1989), apesar de sua ilegalidade, os números de abortos variam entre 3 a 5 milhões por ano. muitas vezes superando a taxa de natalidade em algumas regiões. Do total, foi relatado apenas um parto prematuro na população estudada.

Figura 13: Dados obstétricos – período gestacional



A figura 13 demonstra que neste grupo de mulheres pesquisadas, o número de partos prematuro, no período do ciclo gravídico, não foram significativos, pois, obtiveram-se resultados satisfatórios, sendo 90% das crianças nascidas neste período, foram crianças com idade gestacional a termo.

Figura 14: Idade dos filhos das voluntárias

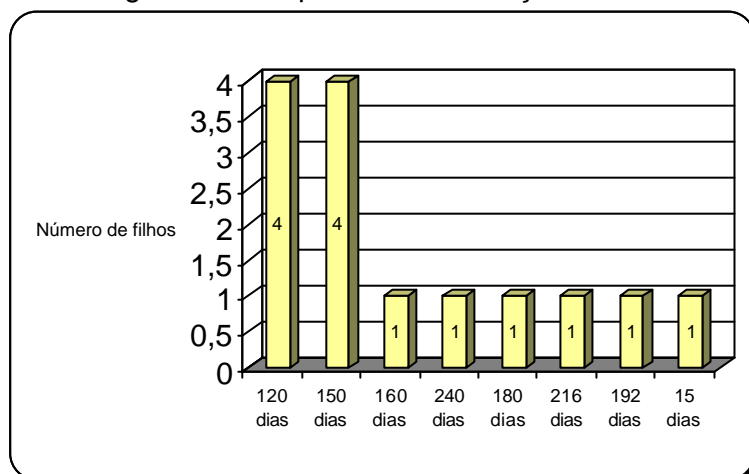


Na figura 14, observa-se que o tempo durante o qual as voluntárias amamentam seus bebês é diferente do que é preconizado pelo Ministério da Saúde, ou seja, aleitamento exclusivo até o sexto mês de vida. Entretanto, percebe-se um reflexo positivo da sociedade local com relação ao aleitamento, justificando um movimento nacional para reduzir as baixas taxas de aleitamento materno. Visando promover

atendimentos integrados de incentivo ao aleitamento materno e o aproveitamento do excedente da produção láctea de nutrizes, existe no Brasil a Rede Nacional de Bancos de Leite Humano, que tem coletado processado e distribuído um grande volume de leite humano ordenhado e ainda, participado de forma efetiva no combate ao desmame precoce.

O número de mulheres que tiveram problemas na amamentação foi igual ao das que não tiveram. Para King (1998 p.61), os problemas tardios da amamentação estão relacionados com razões comuns e que foram reproduzidas nas falas das mulheres entrevistadas.

Figura 15: Tempo de amamentação anterior



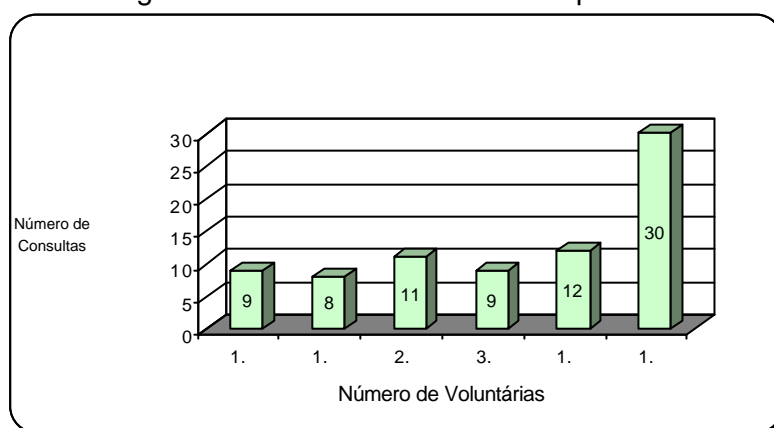
Pode-se observar na figura 15 que o período de aleitamento apresentou variações de 15 a 120 dias. A Organização Mundial Saúde e o UNICEF recomendaram que todas as crianças sejam amamentadas exclusivamente pelo menos até o 6º mês de vida, e que seja continuado até os 2 anos de idade, ou mais, com adição de alimentos complementares.

Para Almeida (1999) existe dificuldade de o lactante desmamado

precocemente em aceitar variações no cardápio. Isto ajuda a compreender a necessidade da existência de diversos produtos para esta faixa etária, ou seja, são criadas opções de sabor e aroma para agradar a estas crianças. Além, disso, há de se destacar que esta dificuldade pode decorrer de monotonia no sabor dos alimentos a que são submetidas estes lactantes através dos leites modificados.

Na figura 15 pode-se observar que os números de consultas durante o período do pré-natal variaram de 8 a 30 consultas. Uma das entrevistadas afirmou que não aprendeu nada para ajudar no sucesso da amamentação durante o pré-natal.

Figura 16: Número de consultas no pré-natal



O número de consultas preconizado durante o pré-natal é de seis, tendo início no primeiro trimestre de gestação. As entrevistadas utilizaram o Sistema Único de Saúde (SUS) e outros convênios particulares para conseguirem a cobertura observada.

Uma entrevistada relatou que durante as consultas agendadas não aprendeu como cuidar das mamas, nem como fazer as manobras para o preparo dos mamilos e, muito menos, sobre o tempo de sucção, apoiadura, pega, etc., mostrando claramente que não existe relação entre a quantidade e a qualidade das consultas oferecidas no

pré-natal.

Quando as mulheres apresentam mamilos invertidos a recomendação do ministério da saúde (1986), é realizar as manobras de Hoffman. As manobras de Hoffman são exercícios realizados na região da papila aréola e com objetivo de formatar a papila. Após o nascimento do bebê, os exercícios, juntamente com a sucção, irão acelerar o deslocamento dos tecidos conjuntivos e, conseqüentemente, facilitar a protusão do mamilo.

O acúmulo do leite nos depósitos sob a aréola pode torná-la endurecida, distendida e plana, e o recém-nascido não consegue fazer a sucção. Para Cranlry (1985 p.542),

o bebê obtém o leite tomando o mamilo na sua boca e fechando os lábios fortemente em volta do tecido mamário, comprimindo os seios lactíferos atrás da área areolar para ordenhar o leite. Portanto, o aprendizado durante o pré-natal resultará no conforto para as mulheres durante o puerpério.

Indagou-se se ocorreu algum tipo de desconforto após o retorno das voluntárias, após a licença maternidade, ao trabalho. A principal queixa apresentada foi o excesso de leite produzido, onde 80% das entrevistadas apresentavam o mesmo problema. “O excesso de leite faz com que eu fique sem vontade de mover meus braços fico desajeitada, enquanto eu não esgoto meus peitos.”

Por outro lado, a separação da mãe de seu bebê é extremamente difícil. Conforme relatos das voluntárias, 100% das entrevistadas responderam que a separação de seu filho é uma grande preocupação quando saem para o trabalho.

A CLT torna os berçários obrigatórios em todas as empresas com mais de 30 empregadas e que tenham mais de 16 anos. Como a fiscalização é inoperante e as multas irrisórias, raras são as empresas que cumprem esta disposição legal.

A lei permite que a obrigatoriedade dos berçários seja suprida pelas empresas por meio de convênios. Isto abre o caminho para a burla da fiscalização e para as “creches fantasmas”. Por outro lado, “o direito à creche sempre foi pensado apenas em relação à mulher. Parte-se do errôneo pressuposto de que a responsabilidade pela criação dos filhos cabe exclusivamente da mãe”. Por que o pai não pode usar a creche da empresa?

Assim, em fins dos séculos XX, no Brasil, a mulher continua recebendo salários inferiores e permanece o costume de as empresas não aceitarem mulheres casadas, além de exigirem, para a admissão, exame comprovando que a mulher não está grávida.

É fundamental, portanto, que a nossa legislação seja reformulada para definir concretamente o princípio de igualdade profissional e os meios de sua aplicação, de forma a tornar-se um instrumento eficaz contra a discriminação da mulher no mercado de trabalho.

6 CONCLUSÃO

No capítulo anterior procurou-se transpor a hipótese central da pesquisa, buscando corroborar o tema e buscar a solução para o problema objeto de estudo. Neste capítulo, far-se-ão as considerações sobre o estudo realizado, que nessa busca, feita com critérios científicos propiciou demonstrar a verdade e estabelecer evidenciação dos fenômenos estudados.

O objetivo deste estudo foi avaliar os fatores que influenciam para o desmame precoce de mulheres que retornam ao trabalho após licença maternidade.

As mulheres pesquisadas durante este período foram trabalhadoras de locais diferentes tais como: lojas, instituição pública, e privada e uma cooperativa.

Os resultados obtidos durante a pesquisa no primeiro semestre de 2002, deram suporte que confirmasse a hipótese de que existe realmente, ausência de informação no período do pré-natal. As informações são insuficientes e as informações repassadas, não são claras.

A mulher neste período precisa de subsídios suficientes, para cuidar da sua própria saúde e a saúde do bebê. Necessita-se saber como se realiza o manuseio das mamas, e como prevenir os problemas mediatos e tardios que ocorrem com as mamas no período puerperal.

O término da licença-maternidade foi a maior preocupação registrada pela população pesquisada. No retorno às suas atividades, a trabalhadora necessita deixar seu filho com outra pessoa, muitas vezes até uma estranha. Este processo ocorre devido ao cumprimento do trabalho. Nas respostas fornecidas ficou caracterizado que a

ansiedade, o medo, a desconfiança estiveram presente a todo instante nestas mulheres. Este comportamento foi apresentado em 100% das respostas.

Em relação ao tempo de amamentação, o período adequado ficou entre quinze a duzentos e cinquenta dias. Nesta análise foi possível observar, que em função do aleitamento exclusivo ou parcial, o quanto de compreensão é necessário por parte dos profissionais, que atuam nos programas de assistência à mulher e à criança.

Diante da pesquisa percebeu-se que os fatores predominantes que induzem as mulheres a desistirem do aleitamento geralmente são a falta de orientação e estímulo nos locais de trabalho, e a ausência de adequações nos postos de trabalho, para esvaziarem suas mamas quando necessitam, durante a jornada de trabalho.

Houve relato das posturas adotadas para o trabalho que, mesmo sendo confortáveis, quando ocorre o mecanismo fisiológico da produção do leite, que é involuntário, não são capazes de controlar.

O Ministério de Saúde preconiza a exclusividade do aleitamento no primeiro semestre de vida de uma criança. Isto se deve ao fato das necessidades nutricionais do lactente na primeira infância, devido seu organismo não estar preparado para receber complementos e ou outros alimentos sólidos diferentes do leite materno.

É fundamental prosseguir nas pesquisas referente a esta área, pois aqueles que atuam na assistência à saúde, tenham a oportunidade de contribuir na forma de prevenir, promover e proteger o aleitamento materno em sua exclusividade.

Neste contexto, existe a possibilidade deste conteúdo ser trabalhado em instituições de ensino, para poder resgatar a cultura natural do nascer e desenvolver em processo harmonioso e puro do homem enquanto evoluído.

O modelo operacional das gestões, e gerenciamento das instituições, indústrias e empresas nas organizações do trabalho, ainda tem dificuldades para entender as fases que a mulher passa durante o seu período puerperal devido os preconceitos existentes ao meio feminino. Neste período, percebe-se que a mulher enfrenta dificuldades durante e após o período gravídico.

O comportamento das empresas mostra que não houve modificações em suas atitudes em relação aos problemas do ciclo gravídico puerperal da mulher. O sistema continua mantendo padrões adotados em épocas anteriores, não acompanhando os progressos alcançados.

Pode-se perceber que juntamente com a história, os avanços têm inclinado e declinado, mas o contentamento desta trajetória, é constatar que as instituições, grandes e médias iniciaram sua preocupação com as questões trabalhistas e sociais, devido a constante evolução da sociedade que se moderniza.

O caminho para a igualdade está incluso nos pensamentos. Mas, o tratamento direcionado a essa equidade, deve ser melhor trabalhado, evidenciando-se, tanto na teoria, como na prática. Com este alicerce, a família estará agregada, com a sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKÉ, J.A.I. **Bases Fisiológicas Infantis; Feeling The Phisiological bases.** São Paulo: Instituto de Saúde, 1989.

AL-Dashti AA Willams AS, Curzon MEJ – Breastfeeding , bottle feeding and dental caries in Kuwait, a contry with low –fluoride levelsin the water supply.Commnrity Dental Health, 12:42, 1995.

ALMEIDA, A. G. **Leite Humano In: Amamentação – Um híbrido Natureza Cultural.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002

ALMEIDA, J.A.G. **Amamentação um híbrido natureza-cultural.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

_____, J.A.G. **Qualidade do Leite Humano coletado e processado em Bancos de Leite.** 1986. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 1986.

_____, J.P.G. **Amamentação um Híbrido Natureza Cultural.** Rio de Janeiro: FIO CRUZ ,1999.

AMERICAN Academy of Pediatrics-Committee on Nutrition. **Nutritional needs of low weight birth in infants .** *Pediatrics*, 60: 519-530, 1977.

ANDERSEN, G.H.; ATKINSON, A.S.; BRYAN, M.H. **Energy and macronutrient content of human milk during early lactation form mothers giving birth prematurely and at term.** *Am J Clin. Nutr*, 34: 258-65, 1981.

BERGAMINE, C.W. **Psicologia Aplicada a Administração de Empresas Psicologia do Comportamento Organizacional.** São Paulo: 1982.

BRASIL, Ministério da Saúde **Estimativos da Mortalidade Infantil por Microrregiões e Municípios**, 1999.

_____, Ministério da Saúde. **Assistência Pré-Natal.** 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1988.

_____, Ministério da Saúde. **Coordenação Materno Infantil.** Secretária de Assistência à Saúde. *Metas da cúpula mundial em favor da infância. Avaliação de meia década.* Brasília, 13: 7, 1997.

_____, Ministério da Saúde. **Recomendações técnicas para o funcionamento de Banco de Leite Humano.** 1999.

BRAZELTON, T.B. **O desenvolvimento do apego: uma família em formação.**

Tradução de Dayse Batista, Porto Alegre: Artes Médicas, 1988. p. 208.

BUENO, F.S. Bueno; Ed Rev/Atual, por Helena Banto C. Pereira. Rena. Singer. São Paulo: FTD: LISA, 1996.

CARRARO, T.E. **Desafio secular: mortes materna por infecções puerperais**. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas. Florianópolis: UFSC, 1999.

CARRION, Valentin. **Comentários à consolidação das leis do trabalho: legislação complementar jurisprudência**. 25. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

CASTRO, V.S. **Anatomia Fundamental 3 ed. revisão e ampliada**. São Paulo: McGraw Hill do Brasil.

_____, V.S. **Anatomia fundamental**. 2. ed. São Paulo: McGraw Hill do Brasil 1974.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisas em ciências humanas e sociais**. 5.ed. São Paulo: Cortes, 2001.

CODEPLAN. **A Economia do Distrito Federal**. Brasília, 1995.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER. **A Legislação e o Trabalho Feminino: um estudo comparado**. São Paulo: imprensa oficial do estado S.A, (Mulher e Trabalho, 4. estudo s/ed. Brasília, s/d).

COSTA, F.P.H. **Crescimento de Prematuros alimentados com Leite Materno suplementado com duas fórmulas lácteas**. J. Ped, 72 (3): 164-171, 1996.

COUTO, h. de A. **Ergonomia aplicada ao trabalho: manual técnico da máquina humana**. Vol.I e II. Belo Horizonte: Ergo , 1995/96.

CRAVEN DE; STEGER KA. Jarek Departamento of Medicine, Boston University School of Medicine ,MA

CRUZ, R.M. **Psicodiagnósticos de síndromes dolorosas crônicas relacionadas ao trabalho**. 296f. 2001 Tese (Doutorado em Engenharia de Produção, no programa de Pós - Graduação em Engenharia de Produção). UFSC, Florianópolis, 2001.

DEARDEN KA; Quan le N; Do M; Marsh DR; Pachón H; Schroeder DG; Lang .Departamento of Heath Stence, Brigham Young University, Provo, Uth, USA .Work outside the home is the primary barrier to exclusive breastfeeding rural Viet Nam: Insights from montfers who exclusivy breastfed and worked <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>.

DETWYLER, KA. Evolutionary Medicine and breastfeeding: Implications for research and pediatric advice. The 1998-99 David Skomp Distinguished Lecture in Anthropology,

Department of Anthropology, Indiana University, Bloomington, IN, EUA, 1999.

DICKENS, C. **Trabalho da mulher e do menor**. Barsa Macropéia. 2000, Vol.14.

DUCKETT, L. et al. **Predicti-Feeding Duration During Post Partum Hospitalization**. West. J. Nurs. Res, v. 15, n.2, p. 177- 98,1993.

EVDOKIMOV, Paul. **A mulher e a salvação do mundo**. São Paulo: Paulinas,1986.

FARIA , C.A.P. Entre marido e mulher,o estado não mete a colher : reconfigurando a divisão do trabalho domestico na Suécia

FIEWSKI, M.F.C. Trabalho feminino industrial e gravidez.

FORD, RPK; TAYLOR B.J, Mitchell, Entght SA, Stewart AW, BecroftDMD<Scragg R,Hassal IB,Barry DMJ,Allem,EM Roberts AP, Breastfeeding and the risk of sudden infant death syndrome, International Journal of Epidemiolgy, 22(5): **885-890,1993**.

GALLBACH, M. R. **O Arquétipo Materno Na Gravidez, Um Estudo de Temas Oníricos Na Abordagem Jungiana**. 1990. 157p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo,1990

GUYTON, A.C. M.D.Chaimann Professor Department of Physiology and Biophysics University of Mississippi School of Medicine Editora Guanabara 1984.

HIBBERD, C.M.; BROOKE, O.G.; CARTER, N.D.; HAUG, M.; HARZER, G. Variation in the composition of breast milk during the first 5 weeks of location: implications for the feeding of preterm infants. *Arch Dis Child*, 57: 658-62, 1982.

<http://www.abep.nepo> . unicamp.Br. XIII encontro Anais 2001 acesso as 21:16 minutos, 29/03/003.

Human immunodeficiency virus infection in pregnancy epidemiolog and prevention of vertical transmission. *Inflect Control Hosp Epidemiol*.15(1): 36-47 Jan/ 1994. <http://bases.birene.br/cgi-bin/wxislind.exe/iha/oline/>.

IIDA, ITIRO. **Ergonomia projeto e produção**.São Paulo: Edgard Blücher Ltda, 2003.

INSTITUTO DE PESQUISAS DO RIO DE JANEIRO [www. Abep. Nepo. Unicamp. br](http://www.abep.nepo.unicamp.br)XIII encontro Anais, ano 2002. Acesso as 21:16min dia 29/03/003.

ITABORAÍ N. R. **Trabalho Feminino e Mudanças na Família no Brasil** (1984-1996):

JELLIFE, D.B.; JELLIFE, E.F.P. Breastfeeding: General Review. New York : Oxford University Breath, 1988. p. 3-12.

JENSEN, C.G.; CLARCK, B.M. **Method of lipid analysis**. J. Ped Gastroenterl Nutr, 3,

296-299, 1984.

KANAANE, ROBERTO. **Comportamento humano nas organizações: o rumo ao século XXI** / Roberto Kanaane, 2.ed, São Paulo: Atlas, 1999.

KINGDOM, 1974 to 1984, *Ethnicity & Disease*, 3:138 - 144, 1993.

KLAUS & FANARROF. **Alto risco em neonatologia**. 2.ED. [S.L.]: Interamericana, 1985.

KRAUSE, M. & MALHAM, K. **Alimentos; Nutrição e Dietoterapia**, 8 ed. São Paulo: Rocca, 1994.

LAKATI A; Binns C; Stevenson M .Kenya Medical Training College. Nairobi. Kenya. Breast-feeding and the working mothering Nairobi. <http://bases.birene.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>

LEPLAT, J., CUNY, X. **Introduction à la psychologie du travail**. Paris: PUF, Collection de Psychologie, 1977.

LOPES, L.A. et al. **Influência do congelamento na determinação de gordura total e do valor calórico total de colostro humano pelo método de crematócrito**. Rev. Paulista de Medicina, v. 10, n. 39, dez. 1992. p. 116-118.

LOURO L.G. Extraído do Entre Bairros, da ADIEPP. Associação Difusora de Treinamentos Projetos Pedagógicos, n.319 dez/1998, Curitiba. **Indicadores de Gênero No Mundo do Trabalho**. Gênero Sexualidade Educação. Ed. Vozes. 1998.

LUCAS, A. Effect of temperature on crematocrit method. *Br. Med J*, 287-392, 1983.

_____, A. et al. **Crematocrit: simple clinical technique for estimating fat concentration. and total energy value of human milk**. *Br Med*, J1, 1018-1020, 1978.

MARCONDES, EDUARDO; VAZ, F.A. C. RAMOS, J.L.A; OKAY, Y. **Pediatria Básica**. Rio de Janeiro: Sarver, 1989.

MARTINS, F.J. **Como e porque amamentar**. São Paulo: Sarvier, 1984. 220 p.

MEDEIROS, J.B. **Redação Científica: A Prática de fichamentos**. Resenha.-3 ed. São Paulo: Atlas, 1997. Câmara Brasileira do livro, S.P. Brasil.

MONTMOLLIN, M. **L'ergonomie**. Paris: La Découverte, 125 p., 1990.

MORLEY, R. ET AL. **Mother's choice to provide breast milk and developmental outcome**, 63: 1382/85, 1998.

MORTENSEN, V. E.L. *Jornal Medical Association*, e colaboradores da Universidade de

Bloomington Indiana. **Aleitamento materno leva bebê ter QI mais alto quando adulto.**

MOULIN, S.Z. **Contaminação Bacteriana do Leite Humano Coletado por Expressão Manual e Estocado à Temperatura Ambiente.** *J Ped*, 74 (5): 376-382, 1998.

OMBREDANE, A.; FAVERGE, J.M. **L'analyse du travail.** Paria: PUF, 1995

ORNELLAS, A.; ORNELLAS L. **Alimentação da criança.** 2 ed. São Paulo: Ateneu, 1983.

PEREIRA, M. G. **Estrutura, vantagens e limitações dos principais métodos.** In: _____. **Epidemiologia Teoria e Prática.** 1 ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1996. p. 289-306.

PERNETTA, C. **Alimentação da Criança.** Rio de Janeiro, Guanabara, 1988.

QUEIROS de RACHEL. **Cá entre nós.** Trabalho feminino. www.estado.estadao.com.br/jornal/suplem/fem/98/10/17/fe02.html.

RÉA, F.M. Pesquisa Científica do Núcleo de Investigação em Saúde da Criança Instituto em Saúde. SES/S.Paulo. 01/99.

REA, MARINA. **Amamentação e uso do leite humano: o quê recomenda a academia americana de pediatria.** *Jornal de Pediatria*, (74): 05- 368, 1998

ROBELO, HH. **Mulher – Como conciliar amamentação com a volta ao trabalho** .<http://www.mulher.Matrix.com.br/colaborado/b-2000/amamentacao.htm>. Acessado em 07/11/2001. Fonte Escola Paulista de Medicina.

RUDIO, F.V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica.** 29 ed. Ed. Vozes, Petrópolis: 2001.

S, NACRO B; CURTIS V; KANKI B; TALL F; TRAORE E, DIALLO I; MERTENS T. **Prolonged breastfeeding; no association with increased risk of clinical malnutrition in young children in Burkina Faso.** *Bulletin of the Health Organization*, 71(6); 713-722, 1993.

SANTOS, N.; FIALHO, F.A.P. **Manual de análise ergonômica do trabalho.** Curitiba: Gêssis, 238 p., 1995.

SARASATE, PAULO. **Direto Constitucional. A Constituição – Brasil ao alcance de todos.** Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1968.

SCHANLER, R.J. **Conveniência do leite humano para neonato de baixo-peso.** *Clínicas de Perinatologia : Interlivros*, v. 1, 1995. p.200-20

SENA, M. C. Ferreira. **Prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo no Distrito**

Federal e sua Associação com o trabalho materno fora do lar.1997
Dissertação(Mestrado em Saúde) Brasília: UnB, 1997.

SERPA, O. Dicionário Escolar Inglês- Português 8 ed. Tiragem Ministério da Educação.
Rio de Janeiro: 1987

SEVERINO, J.A. 1941. **Metodologia do Trabalho Científico**. 21 ed. ver.e ampliação,
São Paulo: Cortez, 2000.

SILPRASERT, A. & DEJSARAI, W. **Efeito da Estocagem no Crematócrito**. Journal
Human Nutrition, v. 41c, n. 1, 1987.

SILVA, A.A.M. **Amamentação: Fardo ou Desejo? Estudo Histórico-Social dos
saberes práticos sobre aleitamento na sociedade brasileira**. 1990. Dissertação
(Mestrado em Medicina) USP. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto:
1990.

SILVA, I.A. **Amamentação uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios**.
São Paulo, 1997.

SIMÕES, C.C. **Estimativas do Ministério da Saúde, Secretária Executiva Área
Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno**,ano ,1999 Brasil

SOKOL, E.J. Em Defesa Da Amamentação Manual para Implementar o Código
Internacional de Mercadização de substitutos do Leite Materno.

TOMA, T. **Recém-Nascido prematuro: atualização sobre uso de fortificadores do
leite humano**. Rev. Saúde Pública, v.32, n.3, 1998.

TRIVINOS, A.N. **Introdução á pesquisa quantitativa em ciências sociais**. São Paulo:
Atlas, 1987.

VENÂNCIO, S.I; REA M. F; MONTEIRO, C.A. **Frequência e determinantes do
aleitamento materno no Estado de São Paulo**. <http://bases.birene.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>

WEHBA,J. et al. **Nutrição da Criança São Paulo**: ATeneu,1998.

WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO
Consultation on Obesity. Geneva: World Health Organization, 1998.

WOISKI, J.R. **Nutrição Dietética em Pediatria** 4 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infant feeding: the physiological basis**. Bull of
Who, 1989. Supl 67.

XAVIER, C.C. **Crescimento de Recém-Nascidos pré-termo**. J. Ped, 71 (1): 22-27, 1995.

ZIEGEL, ERNA E. **Enfermagem obstétrica**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

APÊNDICE – QUESTIONÁRIO

Pesquisadora : Maria José Santos Teske

ORIENTADOR : PROF. DR. ROBERTO M. CRUZ

I - DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS		
1 Idade	2 Estado Civil	3 Naturalidade
4 Cor	5 Religião	6 Profissão
7 Renda familiar	8 Escolaridade	9 Número de dependentes
10 Tipo de moradia () alugada () própria () Cedida		
11 Quantas pessoas participam da renda?		12 Gastos com moradia
13 Gastos com alimentação		14 Outros gastos fixos
II- DADOS OCUPACIONAIS		
1 Quanto tempo trabalha na empresa?		2 Tipo de atividade desenvolvida
3 Teve afastamento do trabalho?		4 Motivo
5 Tempo de afastamento		6 Trabalha em outra empresa nesta mesma atividade?
7 Tempo		8 Horário de trabalho
9 Turno de trabalho		10 Postura adotada para o trabalho
11 Temperatura		12 Tipo de Iluminação: boa () ruim () adequada ()
13 Sistema de Ventilação		14 Faz rodízio de atividades
15 Cada quanto tempo		16 Equipamento de proteção individual
17 Intervalos regulares		18 Pode fazer outros intervalos para se alimentar
19 Saídas para eliminação fisiológicas fora do intervalo de trabalho		
III. DADOS OBSTÉTRICOS:		
1 Gestações	2 Partos	3 Abortos
4 Cesariana	5 Nº de filhos vivos	6 Data da última gestação
7 Teve parto prematuro	8 Amamentou anteriormente	9 Tempo de amamentação
10 Teve problemas para amamentar, quais?	11 Você fez o pré-natal?	12 Local
13 Nº consultas	14 Durante o pré-natal teve orientação sobre aleitamento materno?	15 Quem forneceu estas informações?
16. No retorno da sua licença maternidade, quais as dificuldades que você teve para amamentar?	17. Quais os desconfortos que sentiu a no retorno ao trabalho que dificultam amamentação?	18. As mudanças anatômicas da mama atrapalham o desenvolvimento das atividades?

